



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Programa de Doctorado en Promoción de la Autonomía y

Atención Socio-Sanitaria a la Dependencia

(Código: 3148)

ANÁLISIS TRANSCULTURAL DEL BIENESTAR SUBJETIVO EN ALUMNOS DE PROGRAMAS DE APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA EN ESPAÑA Y COSTA RICA

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

D. Mauricio Blanco Molina

Dirigida por:

Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis

Dr. D. Julián Montoro Rodríguez

Dr. D. José Manuel Tomás Miguel

Universitat de València, Diciembre 2019

Agradecimientos

El reto de realizar estudios doctorales ha significado crecimiento en muchas áreas de mi vida y agradezco en primer lugar a mi esposa y mi hija por todo su incondicional apoyo. Esta tesis es claramente un esfuerzo familiar, en donde hemos experimentado alegrías como angustias que nos han permitido ser más fuertes e unidos.

En este proceso han estado acompañándome varias personas significativas, en primer lugar a mi estimada profesora *Sacramento Pinazo Herandis*, le agradezco no solo la asesoría respecto a mi paso por la UV, sino también su amistad y calidad humana que ha convertido a esta tesis en una que he disfrutado así como aprendido. Agradezco de igual forma, a *Julían Montoro* y a *José Manuel Tomás* por toda su asesoría y paciencia para conmigo, por ser excelentes profesores y asesores indispensables para el éxito de esta tesis doctoral y demás conocimiento otorgado que me llevo para mi vida personal y profesional.

Agradezco a mis colegas de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional en su apoyo en este proceso, a los y las estudiantes asistentes, *Ana Navarro*, *Enrique Granados*, *Allan Ruíz*, *Juan Carlos Freer*, *Daysi Umaña* por su compromiso por el desarrollo de proyecto LOL en Costa Rica. Así como a *Maribel León Fernández* del PAIPAM-UNA por su apoyo en el proyecto LOL en Costa Rica.

Agradezco a todas las personas mayores de la Comunidad Valenciana como en Costa Rica, que han participado en esta investigación, en su compromiso con el proceso de investigación en pro de la investigación y mi crecimiento profesional.

Gracias a mis compañeros y compañeras de *Sacra's Angels* por alivianarme mi paso por el Doctorado, por su apoyo y camaradería en todo el proceso, espero que nos sigamos apoyando por muchos años más.

Finalmente, como siempre ha sido así en mi desarrollo personal y profesional, agradezco a mi padre, mi madre y hermano por su apoyo en todos los proyectos en los que he incursionado, que sin duda parte de este éxito reside en ellos.

Resumen

El envejecimiento demográfico configura la nueva pirámide poblacional que es consecuencia de tres factores: disminución de la tasa de mortalidad, la mayor longevidad y la baja tasa de natalidad. El cambio de la pirámide poblacional entraña consecuencias en todos los ámbitos sociales, entre ellos destaca la feminización de la vejez, el sobre-envejecimiento (sobre todo en zonas rurales) y el aumento de la dependencia, pero además, un crecimiento del número de personas mayores con envejecimiento activo, saludable o con éxito, lo que evidencia claramente un logro de las sociedades contemporáneas. De manera particular en España y Costa Rica se ha conseguido que sus ciudadanos vivan más años y en mejores condiciones de vida, lo que transforma por completo las trayectorias vitales de varias generaciones.

El envejecimiento poblacional que es un asunto universal pero con comportamientos específicos relacionados con la cultura, el momento histórico, condiciones ambientales macro y micro sociales, y características personales y genéticas se considera un proceso en constante cambio multidireccional y multidimensional, donde el ser humano ha dado evidencia de su capacidad de plasticidad para adaptarse a su realidad específica (Baltes & Baltes, 1993). El cuestionarse los mecanismos sobre las explicaciones del bienestar durante la vejez bajo la mirada de un enfoque teórico-metodológico que rescate la particularidad y no solo la universalización del proceso, es un reto y una oportunidad para esta y futuras investigaciones.

También así lo es partir de un énfasis positivo del envejecimiento y la vejez, donde el ser persona mayor implique una fase de vitalidad llena de oportunidades y de crecimiento personal y contribución social implica desmitificar al proceso, pero a su vez, un reto para la ciencia psicológica y gerontológica por contar con métodos y teorías que permitan explicarlo e investigarlo desde todas sus posibles implicaciones.

Esta tesis doctoral pretende aumentar la evidencia sobre el envejecimiento con éxito en el contexto de personas con altos niveles de participación social y de dos culturas distintas. Por lo tanto, la pregunta central que está de fondo en esta indagación es si estas personas con similares características en lo cultural e individual sostienen de manera empírica modelos teóricos similares asociados al bienestar subjetivo y al envejecimiento con éxito, es decir, ¿Es la cultura moderadora de los resultados de bienestar durante la vejez entre las personas estudiadas? ¿Tienen las personas estudiadas

similares factores predictores del bienestar subjetivo? ¿Existen diferencias en los resultados de bienestar subjetivo entre las estrategias utilizadas?

En la presente investigación se utilizó un diseño transversal y retrospectivo. Se utilizaron del primer momento de recolección de datos del proyecto *Longitudinal Older Learners* (LOL-España y Costa Rica), llevado a cabo en la Facultad de Psicología de la Universitat de València (N= 1166) y la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Costa Rica (N=282) con edades entre 50 y 80 años, 70,3% fueron mujeres en la muestra española y 91% en la muestra costarricense. Los datos se recabaron mediante un cuestionario que recogía información sociodemográfica y variables psicológicas: Apoyo social, red social, satisfacción con la vida, bienestar psicológico, salud percibida, autocuidado y espiritualidad. Se realizaron análisis descriptivos, análisis psicométricos de todas las medidas utilizadas, y análisis de ecuaciones estructurales con variables latentes para comprobar la invarianza entre los modelos probados.

El primer modelo estructural de resultado del envejecimiento con éxito (Bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico) mostró buenos criterios de ajuste en ambas muestras, así como buen ajuste al realizar la rutina de invarianza, al no existir evidencias de diferencias significativas, se pueden considerar las cargas factoriales iguales en ambas muestras. Se revisaron los Índices de Modificación, los cuales mostraron que solo tres coeficientes estructurales fueron estadísticamente diferentes entre las muestras, los efectos de la espiritualidad sobre la satisfacción con la vida, además de los indicadores de salud percibida y la edad sobre el bienestar subjetivo.

El segundo modelo estructural integrador del envejecimiento con éxito (Modelo PCP), en ambas muestras el modelo mostró buen ajuste. Una vez el modelo ajustó razonablemente bien en ambas muestras, se llevó a cabo el ritual de la invarianza. Los resultados apoyaron la idea que el modelo PCP ajusta bien en ambas muestras en el mismo grado como primera evidencia concreta de la invarianza empírica. En resumen, los efectos directos e indirectos en el modelo, explicaron 2,1% de la varianza en la variable espiritualidad, 4,4% de la varianza en el apoyo social, 58,4% de la varianza sobre el autocuidado y finalmente 36,2% sobre la variable resultado del modelo, la satisfacción con la vida.

En esta investigación en el contexto de los modelos de envejecimiento con éxito estudiados, tal cual muestran los resultados, se hizo énfasis en las ventajas de un modelo de proceso (Modelo PCP) versus un modelo clásico de resultado (Bienestar Hedónico y Eudaimónico); lo que permitió dar cuenta de la parsimonia y ventajas teóricas del modelo PCP al incluir en el modelo explicativo, que indica la aparente dirección de las relaciones entre variables y las dinámicas de relaciones e influencias directas e indirectas sobre la variable resultado (Bienestar subjetivo). Al parecer en ambos modelos la invarianza se sostuvo en todos sus criterios y supuestos, lo que da fuerza a la hipótesis que no existió un efecto moderador de la cultura entre las muestras estudiadas, es decir, en el contexto de las variables estudiadas predominaron las semejanzas empíricas.

Esta tesis representa un esfuerzo inicial para proporcionar información cultural sobre el modelo de PCP y el modelo de bienestar hedónico y eudaimónico en dos culturas cercanas. Este énfasis nos dio la oportunidad de representar las similitudes culturales relativas en el análisis invariante; como también puso sobre la mesa la importancia cultural de variables tales como los sistemas espiritualidad y recursos sociales para las culturas mediterráneas y latinoamericanas relacionadas con los resultados relativos al envejecimiento con éxito; con el fin de generar evidencias de validez sensibles a las especificidades culturales teóricas de estos. Aun así, ya que esta línea de investigación es incipiente, se espera que sea un avance notable para la investigación psicológica y gerontológica en el futuro mundo envejecido.

Índice general

Agradecimientos	iii
Resumen	v
Índice de Figuras	xi
Índice de tablas	xiii
MARCO TEÓRICO	15
CAPÍTULO 1: <i>El envejecimiento demográfico: El caso de Costa Rica y España</i>	17
CAPÍTULO 2: <i>Modelos de envejecimiento con éxito, bienestar subjetivo y aprendizaje a lo largo de la vida. Una revisión transcultural</i>	27
CAPÍTULO 3: <i>Componentes del bienestar subjetivo y el envejecimiento con éxito</i>	51
METODOLOGÍA	71
CAPÍTULO 4: JUSTIFICACIÓN	73
CAPÍTULO 5: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	83
CAPÍTULO 6: MÉTODO	89
6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	91
6.2 PROCEDIMIENTO	91
6.3 PARTICIPANTES	93
6.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA	94
6.4.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	94
6.4.2. INDICADORES SUBJETIVOS DEL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO	95
6.5 ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS	104
CAPÍTULO 7: RESULTADOS	113
7.1 DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES ESTUDIADAS	115
7.2 CONSISTENCIA INTERNA	116
7.3 VALIDEZ DE CRITERIO Y NOMOLÓGICA	117
7.4 VALIDEZ DE CONSTRUCTO	118
7.5 Análisis de Ecuaciones Estructurales de los modelos de Envejecimiento con Éxito estudiados.....	125
CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN	137
8.1 VALIDEZ TEÓRICA Y DE MEDIDA DE LOS COMPONENTES SUBJETIVOS DEL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO ESTUDIADOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE COSTA RICA Y ESPAÑA.	140

8.1.1 BIENESTAR SUBJETIVO.....	140
A.BIENESTAR PSICOLÓGICO	141
B. SATISFACCIÓN CON LA VIDA.....	143
8.2 MODELOS DE ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO ESTUDIADOS	156
8.2.1 MODELO DE RESULTADO	157
8.2.2 MODELO DE PROCESO	161
8.2.3. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS CULTURALES DE LOS MODELOS ESTUDIADOS. UNA DISCUSIÓN A LA LUZ DE LAS EVIDENCIAS TRANSCULTURALES Y LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO REVISADAS	168
CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES	177
CAPÍTULO 10: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189
ANEXO	237

Índice de Figuras

Figura 1. Proporción de la población de más de 65 años en cinco regiones del mundo, 1950-2050. Fuente: United Nations (2017b).	22
Figura 2. Modelo teórico PCP (Kahana y Kahana, 1996)	39
Figura 3. Modelo teórico PCP con las variables estudiadas	80
Figura 4. Modelo SEM con variables latentes predictoras del bienestar subjetivo Hedónico y Eudaimónico.	106
Figura 5. Modelo teórico PCP	107
Figura 6. Cargas factoriales del modelo bifactor de TSLS por país	119
Figura 7. SEM anidado con variables latentes que predicen el bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico.	128
Figura 8. Estimados estandarizados del modelo PCP en ambas muestras	132
Figura 9. Estimados estandarizados del modelo anidado PCP final.	134

Índice de tablas

Tabla 1. Constuctos y variables asociadas.....	94
Tabla 2. Resumen de las variables e instrumentos de medida.....	103
Tabla 3. Descriptivos de las variables psicosociales estudiadas por país.....	116
Tabla 4. Coeficientes Alfa de Cronbach de los indicadores utilizados	117
Tabla 5. Correlaciones paramétricas entre el indicador de Bienestar Subjetivo y las variables de los modelos teóricos estudiados.	118
Tabla 6. Correlaciones entre las dimensiones de TSLS por país.....	120
Tabla 7. Índices de ajuste modelo de AFC de las escalas utilizadas por país	120
Tabla 8. Correlaciones entre las dimensiones del Autocuidado por país	123
Tabla 9. Cargas factoriales estandarizadas/varianza explicada por ítem en cada país	123
Tabla 10. Índices de bondad de ajuste para el SEM anidado en la rutina de invarianza	127
Tabla 11. Correlaciones entre las variables exógenas en el SEM	127
Tabla 12. Índices de bondad de ajuste de los modelos probados en cada país.....	130
Tabla 13. Índices de bondad de ajuste de los modelos anidados en la rutina de invarianza.....	133

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

El envejecimiento demográfico: El caso de Costa Rica y España

En este capítulo se examina el envejecimiento demográfico a nivel mundial, haciendo hincapié en España y Costa Rica por ser los países estudiados.

El envejecimiento demográfico configura la nueva pirámide poblacional que es consecuencia de tres factores: disminución de la tasa de mortalidad, la mayor longevidad y la baja tasa de natalidad. El cambio de la pirámide poblacional entraña consecuencias en todos los ámbitos sociales, entre ellos destaca la feminización de la vejez, el sobre-envejecimiento (sobre todo en zonas rurales) y el aumento de la dependencia, pero además, un crecimiento del número de personas mayores con envejecimiento activo, saludable o con éxito, lo que evidencia claramente un logro de las sociedades contemporáneas. De manera particular en España y Costa Rica se ha conseguido que sus ciudadanos vivan más años y en mejores condiciones de vida, lo que transforma por completo las trayectorias vitales de varias generaciones. Más allá de predecir hasta cuándo se vivirá, parece claro que en términos generales en el futuro en Europa y en la mayoría de los países en Latinoamérica se dará una mayor probabilidad de disponer de mayor esperanza de vida (INE, 2017; Huenchuan, 2018). Los progresos científicos en las ciencias de la salud, el desarrollo social con más oportunidades de bienestar, los avances tecnológicos aplicados a la domótica y los cuidados, y la mayor conciencia de las personas sobre su capacidad para intervenir y mejorar su proceso de envejecimiento ofrecen cada vez más pautas para vivir saludablemente. En todos estos cambios, ciencias como la psicología y la gerontología son claves para alcanzar esta agenda.

La población mundial está envejeciendo y cada país en el mundo está experimentando un aumento en el número y en la proporción de personas mayores en su población. Algunos países más que otros; España, por ejemplo. El proceso de envejecimiento de la población mundial es un hecho incuestionable y es más pronunciado en los países desarrollados y con altos ingresos (es decir, Europa, América del Norte y Japón, Oceanía), y algunos países de Latinoamérica han alcanzado también tasas similares de población mayor de 60 años como es el caso Costa Rica.

El incremento de la esperanza de vida se debe a la mejora en la calidad de vida y fundamentalmente a los avances en la ciencia médica que se han producido en las últimas décadas. Las personas están alcanzando edades que eran impensables en épocas

anteriores, y ha aumentado significativamente el número de personas octogenarias, nonagenarias y centenarias (Naciones Unidas, 2014, 2015).

Según informa la Organización Mundial de la Salud (2015), dos factores clave influyen en el envejecimiento. El primero de ellos, es el aumento de la esperanza de vida, tal y como ya se ha comentado. En promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Aunque gran parte de este aumento de población mundial responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores y una pequeña parte se debe al mayor índice de supervivencia de las personas más mayores, por lo que se habla de cambios demográficos en transición. Este fenómeno ha acompañado el desarrollo socioeconómico sin precedentes que se ha registrado a nivel mundial durante los últimos 50 años. Estos cambios hacen que, a medida que los países se desarrollan económicamente, más personas lleguen a la edad adulta y, por consiguiente, aumente la esperanza de vida al nacer. En tiempos más recientes, otra tendencia ha contribuido considerablemente al aumento de la esperanza de vida, en especial en aquellos países con mayores ingresos: el aumento de la supervivencia en la vejez. Así, en 1985 una mujer de 60 años de edad residente en Japón podía aspirar a vivir otros 23 años. En 2015, esa expectativa ha aumentado a casi 30 años (OMS, 2015). La mejor asistencia sanitaria, las iniciativas de salud pública y las diferencias en las experiencias de la vida que las personas llevaron en etapas anteriores, es posible que hayan contribuido a este aumento. Sin embargo, esta situación no es igual en todo el mundo.

La segunda razón del envejecimiento de la población es la caída de las tasas de fecundidad. Probablemente esto se deba a que ahora las personas menores tienen más probabilidades de sobrevivir que en el pasado, al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas/valores culturales según género. Antes de los avances recientes en el desarrollo socioeconómico, las tasas de fecundidad en muchas partes del mundo eran de cinco a siete nacimientos por mujer (aunque muchos de estos niños no llegarán a la edad adulta sobre todo en regiones del mundo menos desarrolladas en términos sociales y económicos). En 2015, estas tasas tuvieron una caída vertiginosa e incluso quedaron por debajo del nivel necesario para mantener el tamaño actual de las poblaciones, este proceso también ha sido distinto entre Europa y América Latina, para esta última región el descenso de la mortalidad infantil debido a transformaciones socioeconómicas y culturales, el mejoramiento de las condiciones de vida, el aumento de la población urbana, el mayor nivel educativo, la disponibilidad de tecnología

sanitaria y las políticas exitosas han llevado al descenso de las tasas de natalidad, de mortalidad y aumento de la esperanza de vida al nacer de manera diferente en distintas regiones de la región, así como en el caso de Costa Rica que cuenta junto con Chile y Cuba con la transición demográfica más avanzada al envejecimiento poblacional de la región Latinoamericana, por presentar las tasas de fecundidad más bajas, inferiores a 1,8 hijos por mujer, y esperanzas de vida al nacer superiores a los 80 años, existen otros países geográficamente cercanos como Bolivia en el caso de Chile o Honduras y Guatemala para Costa Rica que cuentan con una población con cambio demográfico incipiente (Huenchuan, 2018).

La excepción a estas caídas notables en las tasas de fecundidad es África y Oriente Medio y algunos países en Latinoamérica, donde se observa un descenso más lento de estas tasas, que en general se mantienen en más de cuatro nacimientos por mujer. Dado que la reducción de la fecundidad a menudo ha sido menor que la caída de la mortalidad infantil, con frecuencia esto ha producido una explosión demográfica de las poblaciones más jóvenes pero que cuentan con altas tasas de mortalidad (Naciones Unidas, 2015).

En muchos países del mundo desarrollado o en vías de desarrollo, este incremento de las tasas de natalidad se produjo poco después de la Segunda Guerra Mundial, y al segmento de la población resultante comúnmente se lo conoce como “baby boomers”. A medida que esta generación de personas llegue a la vejez, el envejecimiento de la población se acelerará (OMS, 2015). Para España y Costa Rica, la generación del baby boom nació entre 1955 y 1975.

Según los últimos datos de Naciones Unidas, se espera que el número de personas mayores, de 60 años o más, se duplique para el año 2050 y triplique para el 2100: pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en el año 2100 (United Nations, 2017a). En el 2018, las personas con 60 años o más, representaban el 13% de la población mundial. Europa es el continente con población más envejecida y con un índice de dependencia de las personas mayores más elevado, el 18.2% de los europeos tienen más de 65 años y se prevé que esta proporción aumente en las próximas décadas a más de un cuarto de la población, llegando en 2050 a un 28.1%. Ese grado de envejecimiento de la población también llegará a otras partes del mundo para 2050 como América Latina, con excepción de África. De acuerdo con las proyecciones de población de Naciones Unidas, en el año 2060 el 27.3% de la población de los países

desarrollados superará los 65 años y el 16.8% en los países en desarrollo (Naciones Unidas, 2015).

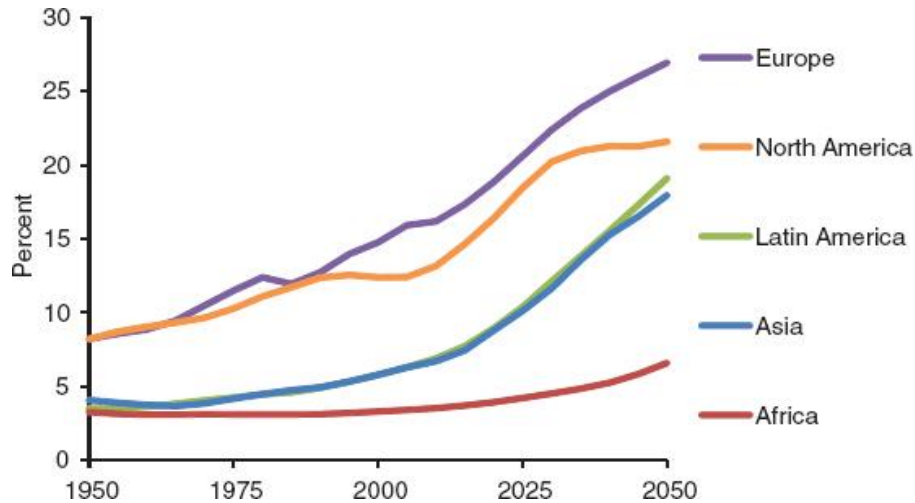


Figura 1. Proporción de la población de más de 65 años en cinco regiones del mundo, 1950-2050. Fuente: United Nations (2017b).

Por otro lado, está aumentando el número de octogenarios, nonagenarios y centenarios, aspecto que se ha denominado “sobreenviejecimiento poblacional” y que se caracteriza por un gran incremento de situaciones de dependencia, soledad y pobreza en este subgrupo. Se calcula que las personas que superan los 80 años, se triplicarán en poco más de 30 años y se multiplicará por siete en poco más de siete décadas: de 137 millones en 2017 pasarán a 425 millones en 2050 y a 3100 millones en 2100 (United Nations, 2017a). Tal como lo muestra la figura 1 el proceso de envejecimiento de la población es más avanzado en Europa y América del Norte, principalmente en Canadá, y algunos países de América Latina como Uruguay, Cuba, Chile y Costa Rica las poblaciones de otras regiones también están envejeciendo. En concreto, las proyecciones de este grupo de población señalan que los países que destacarán con mayores porcentajes de población octogenaria en el 2060 serán Japón (18.3 %) y España (17.5%) (IMSERSO, 2017).

Por lo tanto, España es uno de los países con una mayor proporción de población mayor a nivel internacional. Según Naciones Unidas (2015). Japón encabeza el ranking de países con mayor proporción de población mayor (26,3%), seguido de Italia (22,4 %) y Alemania (21,2 %). Francia y el Reino Unido presentan unos valores muy similares a los españoles (IMSERSO, 2017).

El envejecimiento poblacional constituye claramente uno de los retos más importantes y a la vez también una oportunidad, ya que afectará a todos los sectores económicos y sociales y tendrá un impacto transversal en los modelos de sociedad actual y futura en cultura y valores. En un mundo que envejece rápidamente, las personas mayores, cada vez más, juegan un papel crítico en la sociedad. Sin embargo, se cree que este papel se potenciaría si los grupos poblacionales de mayores disfrutaran de adecuados niveles de salud, calidad y satisfacción de vida. Este hecho hace que estudios como el presente en torno a constructos como el bienestar subjetivo, cobren una especial relevancia.

Así, en España a principios del siglo XX, la esperanza de vida no llegaba a los 35 años, cuando ya en muchos países europeos superaba los 50 años. Un siglo después, la esperanza de vida con más de 80 años se sitúa entre las más altas del mundo. Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018) muestran que en el año 2018 España finalizó con una población de 46.733.038 personas. Los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 18.8 % sobre el total de la población, con más de 8 millones de personas. Además, sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 6 % de toda la población, y este grupo seguirá ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los ya viejos (Abellán, Ayala, Pérez, y Pujol, 2019; Abellán, Ayala, y Pujol, 2017). Además, tiene una tasa de natalidad muy baja, de tan solo el 8.8%. Por tanto, en España, el envejecimiento poblacional se observa especialmente acelerado, como consecuencia de una mayor longevidad y la baja natalidad que se viene registrando desde hace algunas décadas. Los españoles, que viven de media 83 años, tienen una esperanza de vida alta comparada con la del resto de los ciudadanos europeos.

Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos para el 2018 (INEC, 2011) en Costa Rica indicaban que el país contaba con una población de 5.003.402 personas, de las que 1.853.307 eran menores de 15 años y 817.998 mayores de 65 años. Costa Rica cuenta con una de las tasas de natalidad y mortalidad más bajas de la región, en el 2015 los menores de 15 años representaban 23% y los mayores de 65 años el 7%, para el año 2030 se predicen cambios marcados hacia el envejecimiento poblacional, las personas de más de 65 años serán el 15%, superando la proporción de los menores de 15 años. Además de mostrar un vertiginoso aumento del grupo poblacional de los

mayores de 75 años. En el año 2015 los costarricense vivían una media de 79 años, esta puede aumentar a 81 años para el año 2025, representando una de las más altas de la región (INEC, 2013, Huenchuan, 2018).

En América Latina el proceso del envejecimiento poblacional está sucediendo de manera más acelerada que en Europa. Para el año 2030 en adelante, en la mayoría de los países de la región latinoamericana se superará la proporción de personas mayores de 60 años respecto a los personas de menos de 15 años, lo que denota un proceso de envejecimiento acelerado sin precedentes, sobre todo en los países de renta media-alta como Costa Rica. En Latinoamérica para el año 2018 la población mayor de 60 años superaba el 12% y para el 2045 en países como Costa Rica será cercana al 20% (INEC, 2013, Huenchuan, 2018).

Otra de las características del envejecimiento mundial es su conformación predominante femenina. Según las proyecciones, esta proporción entre sexos aumentará moderadamente en las próximas décadas (Naciones Unidas, 2014a).

De la misma manera, existe un rápido proceso de urbanización. Según las Naciones Unidas, casi la mitad de los habitantes del planeta (alrededor de un 54%) viven actualmente en zonas urbanas. Es decir, más de la mitad de la población mundial. Para 2050, Naciones Unidas proyecta que casi el 70% de las personas residirá en áreas urbanas (Naciones Unidas, 2014b). Se espera que las zonas urbanas absorban el crecimiento futuro de la población. Lo que a su vez, ha propiciado el alcance y la complejidad de la labor de ordenación de las zonas urbanas para crear entornos urbanos integradores y accesibles para las personas mayores y que fomente el envejecimiento activo y saludable. Se plantearán necesidades que no se están afrontando como el diseño de las futuras ciudades inteligentes o amigables (*Smart cities* y *Age-Friendly Cities*) y la accesibilidad universal. Este hecho se ha convertido en uno de los desafíos más importantes del siglo XXI.

A continuación se presentan los principales referentes teóricos de los que parte la presente propuesta de tesis doctoral.

Capítulo 2

*Modelos de envejecimiento con éxito,
bienestar subjetivo y aprendizaje a lo largo de
la vida.*

Una revisión transcultural

2.1. LA PSICOLOGÍA TRANSCULTURAL Y LA PSICOLOGÍA DEL CICLO VITAL COMO HERRAMIENTAS CLAVES EN EL ESTUDIO DEL BIENESTAR SUBJETIVO

Como punto de partida de este capítulo se le reconoce a Paul y Margaret Baltes (1993), Laura Carstensen (1995) entre otros teóricos, su estudio sobre el envejecimiento a partir de la trayectoria vital humana, conocida como Psicología del Ciclo Vital (*Life Span Psychology*). El ciclo vital se describe como un conjunto de principios del cambio evolutivo con independencia del contexto. (Hayslip y Champa, 2007).

El autor principal de esta visión, Paul y Margareth Baltes (1993) planteaban que el envejecimiento pone énfasis en la multidimensionalidad de los procesos y las consecuencias de desarrollo durante toda la vida. Reconoce la particularidad del género y la cultura, los determinantes de salud asociados a características conductuales, ambientales, sociales/culturales, económicos, biológicos y psicológicos que operan a través de todos los estadios de la vida y que terminan por determinar la salud/enfermedad y el bienestar en la edad avanzada (Baltes, 1987, 1997; Ebner y Freund, 2007).

Dada la connotación multidimensional del enfoque del ciclo vital, resulta congruente con los enunciados de la psicología transcultural como un enfoque de múltiples perspectivas y estrategias de análisis asociadas a comprender la variación inter-cultural sobre el afecto, la cognición y la conducta que se asumen como universales o generalizables a la especie humana; poniendo un claro énfasis en el escepticismo sobre la universalidad de la conducta humana (Nielsen y Haun, 2016; Liebal y Haun, 2018). Liebal y Haun (2018) argumentan que la visión ontogenética (ciclo vital, evolutiva) otorga un potencial valor a la psicología transcultural, al contar con análisis más rigurosos sobre la conducta humana en sus especificaciones cognitivas, emocionales o motivacionales a través del tiempo o etapa particular de vida y su relación con aspectos socio-culturales específicos (diferentes) y/o universales (que se comparten) (Guimarães, 2018; Borghi y Fini, 2019).

Por lo tanto, la psicología transcultural parte de la premisa de la existencia de diferencias sobre el objeto de estudio en particular entre muestras de distintas culturas; sin embargo estas diferencias o semejanzas pueden malinterpretarse, sin contar con metodología sólida que permita resolver, por ejemplo, problemas aducidos al error sistemático de medición o muestreo al comparar constructos psicológicos entre culturas

(Boer, Hanke y He, 2018). Por lo tanto, el ejercicio de comparar en la psicología transcultural implica contar con criterios de comparabilidad metodológicos y teóricos sólidos en tres principales aspectos según Boer et al. (2018): el primero relacionado con errores asumidos al constructo (conceptos teóricos); en segundo lugar, los errores de medición (muestreo, instrumentalización, y errores de administración de las medidas) y el tercero referido a errores asociados a los ítems (diferencias en el funcionamiento-comprensión de los ítems según culturas).

Por otro lado, la cultura en los estudios transculturales se asume como una dimensión fundamental de la experiencia humana, que implica la definición de pautas de comportamiento verbal y no verbal, construcción del mundo y su relación con otros, entre muchos otros elementos que regulan las dinámicas personales-individuales y colectivas. Bajo esta lógica, uno de los principales acercamientos utilizados en los teóricos de la psicología transculturales referidos a la definición cultural, ha sido la dicotomía individualismo/colectivismo; es decir, que existen culturas con dominancia individualista o con dominancia colectivista, asumiendo que ambos procesos culturales son contrarios (Binder, 2018; Guimarães, 2018).

Según revisiones meta-analíticas de la dimensión cultural individualismo-colectivismo (Oyserman, Coon y Kemmelmeier, 2002), se han identificado múltiples evidencias de dicha dicotomía supeditada a ideologías macroeconómicas dominantes (criterios de poder, éxito), dominancia de la masculinidad versus femineidad, dominancia religiosa (catolicismo, cristianismo, protestantismo, budismo, etcétera) entre muchos otros aspectos socio-culturales que influyen en las conductas de los individuos y su entorno, como por ejemplo en el desarrollo de estilos conductuales más independientes-autónomos (individualistas) versus los interdependientes-dependientes (colectivistas) (Chatterjee, Baumann, Osborne, Mahmud, y Koole, 2018).

Este énfasis según Chatterjee et al. (2018) ha provocado múltiples y no concluyentes resultados asociados a los valores culturales occidentales (individualistas) u orientales (colectivistas) sobre todo en aquellos países más homogéneos culturalmente hablando, cuando se encuentran diferencias en las puntuaciones, por ejemplo, de mediciones de bienestar subjetivo a pesar de que el componente cultural no represente una diferencia evidente. Por lo dicho anteriormente, en esta investigación se busca mostrar evidencias asociadas a esta línea para comprender temas como el envejecimiento con éxito y el bienestar subjetivo durante la vejez.

Ahora bien, al parecer la literatura al respecto asume que el individualismo es más prevalente en sociedades occidentales industrializadas, asociadas a valores culturales como la libertad personal y derechos individuales en busca de la felicidad, y es más evidente en países con herencia protestante. En esencia, parte de la premisa de que cada individuo es independiente de los otros, poniendo énfasis en la autonomía personal, en la identidad personal para cumplir las metas individuales (Oyserman et al., 2002).

En el contexto del estudio del bienestar subjetivo los valores individualistas se han relacionado con la expresividad emocional de forma abierta, con la intención de lograr los objetivos y metas personales como fuentes para alcanzar el bienestar y la satisfacción con la vida (Diener & Diener, 1995).

Por su parte la visión colectivista asume que el individuo se define a partir de un grupo o colectivo, donde existen obligaciones mutuas y expectativas basadas en los estatutos grupales que definen metas, valores comunes, por lo que, el individuo es un componente más del engranaje social. Por lo tanto, el grupo como tal es el principal elemento de análisis desde esta visión cultural que incluye sus manifestaciones, por ejemplo en la familia, etnia, religión. La visión colectivista se refiere a una gran cantidad de valores actitudes y conductas si se compara con la visión individualista que resulta aparentemente más concreta (Oyserman et al., 2002).

Respecto al estudio del bienestar subjetivo desde tradiciones colectivistas prevalecen valores como el sacrificio común y el mantenimiento de relaciones armoniosas y significativas con los otros, asociados al cumplimiento de roles y obligaciones sociales (Oyserman et al., 2002)

Finalmente, en el caso del contexto latinoamericano asumiendo mayor tradición colectivista que individualista, y valores culturales como el familismo como un asunto relacionado con la solidaridad familiar, la familia se considera como la unidad central que define valores de respeto, apoyo y obligación hacia la familia nuclear y extendida (Smith-Morris, Morales-Campos, Álvarez & Turner, 2012; Valdivieso-Mora, Garnier-Villarreal, Salazar-Villanea & Johnson, 2016). Tal como ha sido planteado, el valor cultural del familismo sugiere una relación de interdependencia donde las necesidades familiares se anteponen a las personales, que en el contexto de la etapa de la vejez debido a los cambios asociados a la edad, funciona como factor protector y potenciador del bienestar subjetivo y la salud mental (Valdivieso-Mora et al., 2016). Esto es clave en el contexto del estudio del bienestar subjetivo durante la vejez, sobre todo dada la

relevancia otorgada a la relación positiva encontrada entre las redes de apoyo y el bienestar psicológico, como por ejemplo cuando la familia funciona como un mecanismo para otorgar apoyo emocional e instrumental en los momentos en que se requiere (Calzada, Tamis-LeMonda & Yoshikawa, 2012).

El siguiente apartado se desarrolla con la intención de partir de un marco teórico-metodológico común desde la tradición de los estudios sobre envejecimiento con éxito y bienestar subjetivo. Se presentan las principales tendencias teóricas y la justificación de aquellos fundamentos teóricos que se ponen a prueba con la población meta de estudio de esta tesis doctoral.

2.2 Orígenes del estudio del envejecimiento con éxito

El mundo de hoy se encuentra, sin duda, en los umbrales de una nueva era, la de la longevidad. Por tanto, resulta inevitable y justo aspirar a que esos años ganados se puedan cursar con salud y capacidad funcional, con participación social y económica, entre otras muchas cosas (Engler & Peláez, 2002). El envejecimiento con éxito es uno de los enfoques teóricos existentes que describe el proceso de envejecer más relevantes en la investigación en Gerontología y la Psicología del Ciclo Vital (Alley, Putney, Rice, & Bengtson, 2010; Martinson & Berridge, 2015)

Tradicionalmente los estudios sobre el envejecimiento han tendido a centrarse en los problemas que se suponen inherentes al proceso de envejecimiento desde una perspectiva negativa asociada al deterioro o declive de capacidades (Depp y Jeste, 2006; Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007)

Las nuevas visiones del proceso tratan de estudiar cómo las personas mayores superarán los cambios asociados a envejecer, al mantener elementos importantes en su vida e incluso acumular competencias y ganancias hasta edades muy avanzadas (Baltes & Baltes, 1993; Marsillas, De Donder, Kardol, van Regenmorte, Dury et al., 2016; Villar, 2012)

Conceptos como el de envejecimiento activo, envejecimiento competente, satisfactorio, envejecimiento con éxito o envejecimiento productivo son diferentes maneras de abordar científicamente esta perspectiva del proceso y la etapa: la vejez. Cada propuesta presenta matices y énfasis diferentes (Villar, 2012), pero trata de explicar lo mismo. Autores como Rowe y Kahn (1987) y Baltes y Baltes (1993)

hablaron ya hace varios años de las distintas formas de envejecer: envejecimiento “usual o normal”, “patológico” y “con éxito”.

En lo que sí parecer haber consenso es en que el concepto de envejecer bien se describe un constructo multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores biopsicosociales (Young, Frick, y Phelan, 2009; Rowe y Khan, 2015).

En las últimas dos décadas, la investigación sobre el envejecimiento se ha expandido considerablemente pero en cierta forma también existe una frecuente confusión entre las definiciones o criterios y sus predictores o determinantes (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose y Cartwright, 2010; Martinson & Berridge, 2015; Rowe & Khan, 2015, Pruchno, & Carr, 2017; Carpentieri, Elliott, Brett & Deary, 2017) más aun cuando se discuten estos modelos entre culturas. Por todo ello, es importante repasar las bases teóricas en las que se fundamentan las hipótesis planteadas en esta investigación.

A lo largo de este apartado, se describe y sintetiza la literatura base que sustenta los modelos teóricos de las hipótesis planteadas en la presente propuesta.

2.2.1 EL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO: DEFINICIONES Y MODELOS TEÓRICOS DE RESULTADO

Se ordenarán los modelos en orden cronológico y además asociados a los que parten de las descripción del envejecimiento con éxito como un resultado frente a los que destacan el proceso, pudiéndose describir tres periodos del desarrollo del concepto (Fernández-Ballesteros, 2009).

Un primer periodo se inicia a finales de los años 70 del siglo XX aproximadamente. Robert Havighurst (1961), si bien el concepto existía ya desde la década de 1950 (Butler, 1974; Pressey y Simcoe, 1950). Plantea la Teoría de la Actividad (Havighurst, Neugarten, y Tobin, 1963) desde la Psicología y Cumming y Henry (1961) la Teoría de la Desvinculación o Desconexión, desde la Sociología. La *Teoría de la Actividad* plantea que el envejecimiento con éxito era el resultado de mantener las actividades y actitudes positivas durante la mediana edad hasta la vejez, debido al cambio de roles que sucedía con la edad. El primer modelo contradecirá el modelo del declive del envejecimiento al sostener que las personas que envejecen de esta manera logran estar

satisfechas, más activas, independientes, autosuficientes (Petretto, Pili, Gaviano, Matos-Lopez y Zuddas, 2016).

La *Teoría de la Desconexión*, por su parte, aduce que el desvincularse de una vida activa vivida indica el éxito, por lo que en la vejez existe una necesidad de reducir la participación en diversos tipos de actividades para prepararse ante la muerte.

Otros autores como, Reichard, Livson y Petersen (1962) describen el envejecimiento en función de la capacidad de adaptación a la jubilación dándole un mayor papel a las características personales para lograr la adaptación (Martin et al., 2015; Petretto, Pili, Gaviano, Matos-López, Zuddas, 2016).

Más adelante, Neugarten (1972) retoma esta idea y le agrega algunas características de salud y sociales al modelo de Reichard, Frenkel-Brunswik, Livson y Petersen (1962).

El segundo periodo ocupa prácticamente toda la década de los años 80, periodo que dio frutos a evidencias más sistemáticas del desarrollo de modelos teóricos. Algunos se enfocan a describir el proceso de envejecer con variables-resultado y otro, diferenciando las variables de proceso de las de resultados.

Durante estos años, estudios como el de la Fundación MacArthur sobre el envejecimiento exitoso dirigido por Rowe y Kahn (1997), permitió la identificación de múltiples factores, biológicos, cognoscitivos, físicos y psicosociales, sobre perfiles de aquellas personas que permanecían activas de quienes experimentan limitaciones funcionales y son inactivas (Curcio, 2014; Jeste, Depp, y Vahia, 2010; Martin et al., 2015; Teixeira & Neri, 2008). A continuación se describe con mayor detalle, este modelo.

A partir de los resultados del estudio MacArthur, este modelo define la distinción entre el envejecimiento “usual”, “con éxito” como estados del envejecimiento no patológico en contraposición al patológico. El *Modelo de Envejecimiento con Éxito* (Rowe y Kahn, 1997; 1998) se define por: una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad; un alto funcionamiento cognitivo y físico; y un alto compromiso con la vida. Estos tres componentes estaban vinculados entre sí. En el modelo, la ausencia de enfermedad y el mantenimiento de la capacidad funcional, combinados con la participación activa en la vida completan el concepto de envejecimiento con éxito.

Estos tres componentes principales se desagregan a su vez en varios: la baja probabilidad enfermarse no solo se refiere a la ausencia sino también a la presencia, de los factores de riesgo para el trastorno. El alto nivel funcional incluye componentes de desempeño físico y cognitivo. El compromiso con la vida hace hincapié en las relaciones interpersonales y las actividades socialmente productivas. Los autores dejan claro que lo que importa es la integración entre los diferentes elementos.

A raíz de este modelo teórico se ha desarrollado una amplia producción científica revisando sus bases conceptuales y componentes. Los mismos autores del modelo luego de 20 años sugieren que el modelo debe incorporar la perspectiva del curso vital y variables subjetivas psicosociales así como la valoración particular según el contexto cultural (Rowe y Kahn, 2015).

Martinson y Berridge (2015) resumen las críticas que se han realizado al modelo en cuatro categorías: a) los estudios que cuestionan que el modelo carece o limita la consideración de componentes subjetivos del envejecimiento con éxito; b) las que cuestionan el modelo y planean ampliar sus criterios; c) las críticas que plantean que el modelo ha promovido el “estigma y discriminación” de aquellos que no envejecen de forma exitosa, ya que la vejez libre de discapacidad y enfermedad es alcanzable sólo para pocas personas; d) las críticas que intentan corregir o reemplazar el sesgo cultural occidental percibido en el modelo.

El tercer periodo de desarrollo de modelos conceptuales del envejecimiento con éxito se desarrolla como resultado de la reflexión de varios estudios longitudinales, posteriores a los estudios de la Fundación McArthur, por medio de meta-análisis y revisiones críticas de los modelos clásicos del envejecimiento con éxito (Phelan y Larson, 2002; Depp and Jeste, 2006; Ouwehand, de Ridder y Bensing, 2007; Martinson y Berridge, 2014; Katz, y Calasanti, 2015; Tesch-Römer y Wahl, 2017).

Como se dijo anteriormente, los modelos tradicionales de la primera y segunda fase del desarrollo conceptual fueron esencialmente modelos de resultado como el de Rowe y Khan (1997) discutido previamente. A continuación, se describen con detalle modelos que toman en cuenta el proceso y los que integran ambas perspectivas y parten de la perspectiva del ciclo vital y la adaptación ante el estrés.

2.2.2 El envejecimiento con éxito: definiciones y modelos teóricos de proceso

a. Modelo de Optimización Selectiva con Compensación

El *Modelo de Optimización Selectiva con Compensación* (SOC) (Baltes y Baltes (1993) concibe al envejecimiento como un proceso de adaptación a las dificultades y pérdidas inevitables de envejecimiento. El éxito se consigue cuando las personas consiguen un equilibrio/balance emocional entre las ganancias y las pérdidas

Esta adaptación se produce a través de tres mecanismos: selección, optimización y compensación (SOC). Las personas seleccionan sus metas/objetivos/prioridades en la vida; cuando se deben optimizar los recursos para alcanzarlas; y en el proceso se deben reconocer las ayudas que faciliten o compensan (compensación) las pérdidas y crear un entorno para el desarrollo exitoso en el transcurso de la vida. En este sentido, Baltes y Smith (2003) afirman que las estrategias SOC permiten la adquisición de nuevos recursos que potencian y extienden el control personal, lo que genera una mejor funcionalidad/adaptación sobre todo en la vejez.

Este modelo está basado en el *Berlin Aging Study* (Freund, 2003, 2006; Wise, Freund y Baltes, 2000), donde se examina la utilidad de los procesos auto-informados de selección, optimización y compensación y se pone sobre la mesa la importancia de indicadores subjetivos del envejecimiento exitoso como el bienestar subjetivo, las emociones positivas o la ausencia de sentimientos de soledad (Carpentieri, Elliott, Brett, y Deary, 2016). En concreto, se comprobó que las personas que utilizaban las estrategias (SOC) obtenían mejores puntuaciones en dichos indicadores subjetivos como criterios del envejecimiento con éxito (Baltes, Freund y Li, 2006). Una de las principales críticas al modelo es principalmente metodológica, respecto a la confusión de los elementos de envejecimiento con éxito como predictores o como resultado, lo que ha contribuido a una falta de claridad y de consenso (Marsillas, 2016).

b. Teoría de la Selectividad Socioemocional

Partiendo de las premisas de la teoría SOC nace la Teoría de la Selectividad Socioemocional de Laura Carstensen (1992, 1995; Carstensen, Fung y Charles, 2003). y sugiere que las personas dan prioridad a los objetivos emocionales y ajustan la regulación emocional y las interacciones sociales para maximizar las experiencias positivas (Carstensen y Löckenhoff, 2003; Löckenhoff y Carstensen, 2004). Durante la

vejez, las personas son consideradas cada vez más selectivas en la elección de las relaciones cercanas para optimizar las experiencias emocionales positivas.

La Teoría de la Selectividad Socioemocional plantea que a lo largo de la vida las necesidades de interacción y contacto social se modifican para regular las emociones. Así, las interacciones sociales tienen un gran impacto en la satisfacción con la vida y el bienestar (Carstensen, 1991, 1992, 1993). Carstensen (1995) plantea que tal como ocurre en las primeras etapas de la vida, la motivación y las metas están dirigidas hacia la consecución de logros, adquirir nueva información, explorar el mundo y conquistar nuevos horizontes. En las etapas finales de la vida en las que el tiempo se percibe como limitado, la motivación se centra en las metas a corto plazo que suponen el mantenimiento de la identidad y la regulación emocional, así que es relevante una interacción social que la potencie. Otros elementos entran en juego como la cercanía de la muerte, enfermedades, pérdidas en general, y lo que se busca con el contacto es maximizar la experiencia emocional positiva. La reducción de las relaciones sociales periféricas es un mecanismo adaptativo que las personas mayores pueden aplicar en mayor medida, lo que implica una selección activa, una postura proactiva para gestionar el contexto (Baltes y Carstensen, 1999; Dumitrache, 2014).

c. Modelo de Proactividad preventiva y correctiva

Otra explicación del envejecimiento con éxito es el modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (*Preventive Corrective Proactive, PCP*) de Kahana y Kahana (1996). El PCP es un modelo robusto del envejecimiento con éxito (Kahana y Kahana, 1996, 2002) que combina la tradición asociada al resultado y la asociada al proceso para describir al envejecimiento con éxito. En palabras de Kahana, Kahana y Lee (2014), representa un modelo comprensivo e integrador del envejecimiento con éxito. Las llamadas conductas proactivas adaptativas, permiten explicar todo aquello que la persona puede realizar para incrementar el bienestar y la calidad de vida (resultado) como mantener un estilo de vida activo (proceso), entre otras muchas cosas que las personas desarrollan para lograr la adaptación a los cambios asociados a envejecer (Kahana, Kahana y Kercher, 2003; Kahana, Kelley-Moore y Kahana, 2012)

El modelo está basado en la premisa de que conforme se incrementa la edad hay una acumulación de estresores relacionados con el cambio en la salud y aspectos sociales (Kahana, Kahana, y Kercher, 2003; Kahana et al., 2012). El modelo de

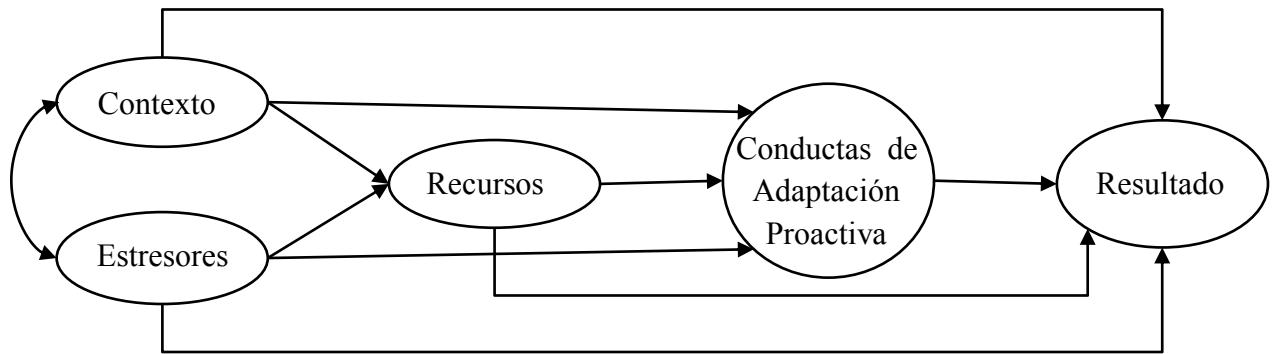
Proactividad Preventiva y Correctiva se basa en la Teoría del Estrés de Lazarus y Folkman. (Lazarus y Folkman, 1984; Folkman, 2013) (Ver figura 2) y pone el énfasis en las estrategias que utilice la persona para enfrentarse a los cambios y los estresores asociados propios de envejecer, con metas que le permitan alcanzar o mantener los resultados de calidad de vida. Estas estrategias son llamadas en el modelo “adaptaciones proactivas”, y funcionan como estrategias de selección que dirigen las metas hacia la adaptación ante los estresores normativos del envejecimiento (Kahana, Kahana, y Zhang, 2005)

Se define como proactividad aquellos esfuerzos que la personas desarrollan para preservar la autonomía y la autosuficiencia en dependencia de la interacción con las demandas de su ambiente (Oswald, Wahl, Martin, y Mollenkopf, 2003). La proactividad es una orientación instrumental adaptativa hacia el presente y el futuro personal en respuesta a las demandas ecológicas que pueden ocurrir durante el envejecimiento, permitiendo así prevenir o minimizar los efectos de ambientes/contextos discapacitantes (Kahana, Kahana, y Kercher, 2003)

Finalmente, en el modelo PCP los recursos psicológicos se definen como antecedentes actitudinales que permiten o potencian las conductas proactivas. Estos recursos pueden ser internos o actitudinales y también pueden ser externos relacionados con el capital social que tenga el individuo. Así, estos recursos funcionan como moderadores entre las fuentes de estrés y la posibilidad de prevenir resultados negativos mediante el desarrollo de conductas proactivas correctivas que permiten hacer los cambios que producirán resultados adaptativos positivos.

Este enfoque es compatible con otros modelos de envejecimiento con éxito como el de Rowe y Kahn (1998) o el modelo SOC de Baltes y Baltes (1993), pero los extiende, modela y supera, como las críticas a Rowe y Kahn (1997) por colocar a la buena salud y la ausencia de discapacidad en el centro del escenario y como requisitos previos para el envejecimiento con éxito. En el modelo PCP se exploran los caminos hacia el mantenimiento del bienestar psicológico incluso para personas mayores que están expuestos a factores de estrés relacionados con la enfermedad, la fragilidad y las pérdidas sociales (Kahana et al., 2012) (Ver Figura 2).

Figura 2. Modelo teórico PCP (Kahana y Kahana, 1996)



Fuente: Basado en modelo PCP de Kahana, Kahaa y Lee (2014)

A continuación se describen con más detalle -siguiendo a Kahana, Kahana y Lee (2014)- una serie de variables antecedentes que pueden explicar las adaptaciones conductuales proactivas que moderan los efectos de los estresores en su relación con las conductas resultado asociadas al bienestar y calidad de vida de las personas mayores. En concreto, se consideran tres tipos de antecedentes:

a) Contexto. Las influencias contextuales juegan un papel central en la configuración de los recursos internos y externos y en el impacto de cada componente del modelo de PCP. Los factores estresantes y los recursos se relacionan con la posición del individuo en la estructura social. Son las características demográficas de edad, sexo, raza, nivel educativo y estado civil. Las influencias contextuales también se definen por el contexto ambiental espacial en el que se vive y que se refleja en la vivienda, que van desde dónde está ubicada, el vecindario o la zona geográfica (Kahana et al., 2014).

b) Estresores. Se distingue entre estresores acumulativos, esto es, que se van acumulando a lo largo del ciclo vital y que serían no normativos de la edad avanzada. Aquí se incluye la discriminación social o la desigualdad en el acceso a recursos financieros a lo largo de la vida. Por otro lado, se describen los estresores normativos a la edad, como las enfermedades crónicas o problemas de salud, las pérdidas sociales, o la falta de ajuste de la persona a las demandas del ambiente. Aunque la salud física y el estado funcional se destacan como criterios de resultado para el envejecimiento con éxito en otros muchos modelos, en este modelo concreto los considera sólo como

estresores de proceso (Kahana et al., 2014). La idea principal de ubicarlos como estresores es que sin estos la persona no generaría respuestas adaptativas.

c) Recursos. En el modelo se describen dos fuentes de recursos: los externos como por ejemplo, los recursos financieros y el apoyo y red social disponible. Por otro lado, están los recursos internos o disposiciones, que incluyen optimismo, esperanza, altruismo, afrontamiento, locus de control, autoestima, orientación al futuro, espiritualidad, etc. Los recursos internos constituyen disposiciones o actitudes que pueden promover adaptaciones proactivas como fue descrito anteriormente. Son descritos como moderadores potenciales que pueden disminuir los efectos adversos de los factores estresantes y potencian las adaptaciones conductuales proactivas.

Siguiendo con la descripción del modelo (ver figura 2), el papel de las adaptaciones conductuales proactivas es funcionar como mediadoras en la relación antecedentes- resultados. Pueden ser de carácter preventivo, que incluyen la promoción de la salud (participación en estilos de vida saludables, como las dietas saludables y el ejercicio, participación social y aprendizaje a lo largo de la vida), planear el futuro, ayudar a otros (conductas prosociales de ayuda a otros, altruismo), la realización de movimientos anticipatorios (dado que la disminución de la salud puede llevar a un ajuste pobre entre el individuo y su entorno de vida, las personas mayores pueden emprender movimientos anticipatorios para acercarlos a posibles recursos o apoyo social), etc.

Por otro lado, estarían las adaptaciones correctivas, que incluyen por ejemplo, el manejo proactivo de la enfermedad, la sustitución de roles, obtener apoyo de otros, o modificar el ambiente/entorno, conductas de autocuidado. Las adaptaciones correctivas entran en juego después de que las personas mayores hayan experimentado factores estresantes normativos. Estos esfuerzos conductuales pueden verse como complementos de las adaptaciones preventivas y son relevantes para tratar con factores estresantes específicos (Kahana et al., 2014).

El modelo PCP ha sido revisado por sus propios autores después de años de investigación en diferentes países y postula cinco componentes para el logro de una buena calidad de vida. Kahana et al. (2014) señalan que el bienestar se ha considerado tradicionalmente como un resultado positivo clave que determina una buena calidad de vida. En el Modelo Integral PCP, reconoce que el afecto positivo y negativo representa resultados independientes y considera estas variables como estados afectivos en el

modelo. La satisfacción con la vida también representa un componente importante de resultado en los modelos de envejecimiento exitoso. En el modelo PCP, el bienestar subjetivo se define como resultado influido por las adaptaciones proactivas.

Por otro lado, en base a que varios estudios recientes llaman la atención sobre la importancia de las percepciones subjetivas del envejecimiento exitoso para definir los resultados de bienestar, en la última revisión del modelo PCP (Kahana et al., 2014), se incluyen las autoevaluaciones subjetivas del éxito en el envejecimiento como un componente de resultado.

Para apoyar este enfoque Kahana et al. (2012) han aportado evidencia empírica en diversas investigaciones (Kahana et al., 2002; Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana, & Midlarsky, 2013; Kahana, Kahana, & Kercher, 2003; Kahana, Kahana, & Zhang, 2005; Kahana & Kahana, 2003; Lee, Kahana, & Kahana, 2015a,b, 2016; Lee, Kahana, Kahana, & Barnes, 2015); que entre otras cosas, han probado su validez en poblaciones con diversas características como: sobrevivientes del Holocausto (Kahana, Harel and Kahana, 2005), personas mayores con enfermedades crónicas e institucionalizadas (Kahana, Kahana, & Young, 1985; Young and Kahana, 1992; Deimling, Kahana, Bowman & Schaefer, 2002).

Otros autores como Ouwehand, de Ridder y Bensing (2007), Moore et al. (2015) y Aspinwall (2011) también han abogado por enfoques proactivos para el envejecimiento exitoso.

Existen pocas revisiones trans-culturales del modelo PCP, por ejemplo Kahana y colegas (1999) indicaron no encontrar evidencias de diferencias del modelo cuando compararon afroamericanos y caucásicos en Estados Unidos. Sin embargo, otros estudios han mostrado diferencias étnicas entre personas residentes en zonas urbanas de los Estados Unidos, al comparar grupos culturales como los cubano-americanos y personas caucásicas (Goler, Bhatta, Kahana, & Kahana, 2013; Bhatta, Angel, Kahana, & Kahana, 2016). Resulta necesaria debido a la poca evidencia de la validez transcultural del modelo PCP.

d. Modelo multidimensional de envejecimiento con éxito

Finalmente, otro de los modelos teóricos propuestos para explicar el envejecimiento con éxito es el Modelo multidimensional de envejecimiento con éxito de Iwamasa y

Iwasaki (2011). El modelo se incluye en esta revisión ya que es el primero en incluir la espiritualidad como elemento base en la definición del envejecimiento con éxito. El modelo propone seis dimensiones: funcionamiento físico, funcionamiento psicológico, funcionamiento cognitivo, funcionamiento social, seguridad financiera, y espiritualidad. Como en otros modelos, la dimensión psicológica y la salud (afecto y actitudes positivas, mantenimiento de la independencia, la disposición al cambio, la apertura a nuevas experiencias y el afrontamiento intrapersonal) son importantes indicadores de resultado del envejecimiento con éxito. Así mismo, el funcionamiento social (apoyo social y red social, ocio, recreación y entretenimiento, aprendizaje social y roles sociales) también fue identificado como dimensiones de proceso para definir el envejecimiento con éxito. La espiritualidad tiene varias subcategorías: la religión, la paz interior, la fe, y el comportamiento altruista. Finalmente, la última dimensión es la financiera (economía y seguridad financiera). Más adelante se retomará la importancia de la espiritualidad como criterio predictor de las variables resultado (bienestar subjetivo) de los modelos del envejecimiento con éxito probadas en esta tesis doctoral.

A continuación se desarrollará una revisión de evidencias transculturales sobre los modelos teóricos del envejecimiento con éxito antes presentados.

2.2.3. REVISIONES TRANSCULTURALES SOBRE ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO

En congruencia con la discusión teórica y la revisión metodológica que se desarrolla en esta investigación de los modelos del envejecimiento con éxito al comparar personas de países o culturas distintas, es pertinente discutir las revisiones teóricas de los modelos del envejecimiento con éxito con sensibilidad cultural, esto es, aquellas donde se han realizado comparaciones transculturales.

Se reconoce que este ámbito de la investigación es aún incipiente lo que otorga mayor importancia a la revisión de los modelos que atañen en la investigación realizada en esta tesis doctoral en poblaciones como la Mediterránea-Europea (España) y Latina (Costa Rica) pues aún carece de evidencia contundente como han puesto de manifiesto distintos autores (Fernández-Ballesteros, García, Abarca, Blanc, Efklides et al., 2008; Laditka, Corwin, Laditka, Liu, Tseng et al., 2009; Hilton, Gonzalez, Saleh, Maitoza, & Anngela-Cole, 2012).

Torres (1999, 2003, 2009), por su parte, recomienda estudios que profundicen en esta línea de trabajo, en tanto se reconoce la necesidad de desarrollar modelos más sensibles a las particularidades culturales.

Una de las principales críticas a los modelos tradicionales del envejecimiento con éxito es que parece que el envejecimiento con éxito solo puede ser alcanzado por algunas clases sociales, o la imposición cultural del éxito como un valor estrictamente occidental, limitando la riqueza de formar modelos que reconozcan que el envejecimiento en todas sus facetas es una construcción socio-cultural y temporal (Torres, 2001, 2002). Esta visión del estudio del envejecimiento con éxito pone de manifiesto que los valores culturales deben ser tomados en cuenta para dar forma al concepto de envejecer con éxito, y que una visión universalizada del envejecimiento con éxito debe ser cuestionada en la investigación gerontológica, en la implementación de políticas públicas que intentan globalizar la visión del envejecimiento y que invisibilizan la influencia de asuntos sociales como las migraciones. A pesar de las carencias, estos modelos permiten la reflexión sobre las particularidades culturales específicas entre culturas (visión transcultural) (Torres, 2009).

Teniendo en cuenta el interés por comprender la particularidad cultural del envejecimiento desde diversas perspectivas (Feng y Straughan, 2016; Pace y Grenier, 2016; Cowlishaw, Niele, Teshuva, Browning y Kendig, 2013; Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore & Koenig; 2002), varias propuestas como la de Phelan, Anderson, Lacroix y Larson (2004) indican la necesidad de hacer más investigación transcultural del envejecimiento con éxito sobre todo en el análisis de sus dimensiones y facetas (Iwamasa y Iwasaki, 2011; Matsubayashi, Ishine, Wada, y Okumiya, 2006; Ng et al., 2011, Torres, 2009).

Revisiones como la de Hilton et al. (2012) han encontrado que los significados que otorgan los latinos al envejecimiento con éxito estaba ausente en la teoría dominante. Aspectos como la espiritualidad o al sentido de la vida vinculada a la cultura familiar (familismo anteriormente descrito) y colectivista no habían sido tenidos en cuenta. Poca investigación se ha realizado en el contexto costarricense que aporte evidencia de los modelos del envejecimiento con éxito en Costa Rica o en España, y ninguna que revise los modelos desde una visión transcultural entre estos dos países.

A continuación se describen los modelos teóricos que explican la variable resultado estudiada en esta tesis doctoral: el bienestar subjetivo. Partiremos de la descripción inicial del modelo de bienestar subjetivo propuesto por Diener (1984), con principal tradición hedónica y luego se describirá el modelo de bienestar psicológico de corte más eudaimónico propuesto por Riff & Singer (1998).

2.3. MODELO DE BIENESTAR SUBJETIVO: BIENESTAR HEDÓNICO Y EUDAIMÓNICO

Ryan & Deci (2001) y Deci & Ryan (2008), proponen diferenciar dos grandes perspectivas teóricas del bienestar subjetivo: la hedónica y la eudaimónica. Esta tesis doctoral parte que el bienestar subjetivo es un indicador de calidad de vida y de adaptación en la adultez mayor, una especie de sombrilla que indica estabilidad y cambio emocional durante el ciclo vital, y que como muchos otros aspectos socio-emocionales es multifactorial y multidimensional (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener & Ryan, 2009).

La tradición hedónica o del bienestar subjetivo, se centra en la valoración que hace la persona de sí mismo, en la medida que esta valoración promueve un sentido de bienestar con menores emociones negativas, y la experiencia de mayores sensaciones positivas (emociones positivas), que produce una valoración de alta satisfacción con la vida. En este constructo se destaca un componente emocional o afectivo de placer y displacer (felicidad), y un componente que implica procesos cognitivos referido a la formulación de juicios de valor (satisfacción con la vida), que implica el ejercicio de la valoración de las condiciones actuales que generan satisfacción y su relación con la propia experiencia de vida, asociado al recuerdo de la vida pasada con carga positiva (Diener, Lucas & Scollon, 2006). A su vez, esta valoración cognitiva implica la revisión del cumplimiento de metas y esfuerzos de adaptación con carácter temporal, específico a contextos y dominios (familia, trabajo, salud, significado en la vida), y/o con valoraciones durante el ciclo vital, que acontecen a partir de la interacción con factores internos (características de personalidad, auto-concepto, espiritualidad, entre otros) y externos (aspectos culturales, socioeconómicos, sociodemográficos, redes de apoyo formales e informales, entre otros) (Diener et al. 2006; Diener & Ryan, 2009).

Por su parte, la perspectiva eudaimónica, centrada en el bienestar psicológico, se refiere al desarrollo personal como una función de las habilidades individuales y la realización del potencial de sí mismo (Deci & Ryan, 2008, 2012). Intenta superar la dependencia teórica de la visión hedónica hacia la felicidad como criterio de bienestar, sino que este bienestar sea definido por criterios asociados a la auto-realización y al verdadero yo. Se relaciona con cómo las personas luchan en su día a día afrontando los retos que se van encontrando, ideando modos de manejarlos, aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida que produce bienestar subjetivo. El modelo de bienestar psicológico incluye seis dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, y comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a realizar su verdadero potencial y funcionar de un modo positivo (Ryff & Singer, 1998; Ryff & Keyes, 1995), que son: autonomía, crecimiento personal, control personal, auto-aceptación, propósito en la vida y relaciones positivas (Ryff & Singer, 2006).

Múltiples estudios han asociado la satisfacción con la vida con alta longevidad, mejor salud, mejores redes de apoyo, y participación social (Diener & Ryan, 2009; Diener Napa-Scollon & Lucas 2009). Algunos autores han descrito este tema como la paradoja del bienestar en la vejez (Kunzmann, Little & Smith, 2000), al existir evidencia que durante la vejez, a pesar de las adversidades (producto de los cambios normativos y no normativos) las personas mayores tienden a reportar alta satisfacción con la vida, lo que nos lleva a la hipótesis de la existencia de mejores procesos o habilidades de auto-regulación emocional en las personas mayores en comparación con etapas de la vida anteriores. Estas relaciones han mostrado evidencias en la investigación transversal y longitudinal (Pinquart, 2001).

Para concluir con este apartado se presenta una revisión asociada a la relevancia histórica y teórica del aprendizaje a lo largo de la vida/Lifelong learning y su relación con el bienestar subjetivo durante la vejez.

2.4. APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR EN LA VEJEZ

El aprendizaje a lo largo de la vida se ha conceptualizado como el proceso de aprendizaje ininterrumpido que sucede a lo largo de la vida, en donde las personas se

asumen cómo aprendices activos, no receptores pasivos del conocimiento, sino que transfieren y producen conocimiento producto de su experiencia de vida (Jarvis, 2010).

Desde hace varios años dentro del marco de organismos internacionales como la UNESCO (2010), la Comisión Europea (2007), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se han realizado recomendaciones a los Estados parte para que acojan la Educación a lo Largo de la Vida como un derecho humano para fortalecer la democracia y la organización social y que en muchos caso han sido añadidas dentro de diversas estrategias en política pública ante el envejecimiento poblacional; como es el caso de España y Costa Rica que han acogido estas iniciativas.

La formación a lo largo de la vida se ha diferenciado en dos objetivos (Formosa, 2013; Da Trindades-Prestes & Santos-Diniz, 2015) el envejecimiento productivo, que busca mejorar el contexto económico y laboral extendiendo oportunidades para las personas mayores trabajadoras, y segundo como estrategia para la promoción del envejecimiento activo, cohesión social y solidaridad intergeneracional asociada a la mejora de la calidad de vida de los personas mayores así como de otras generaciones (OMS, 2002, European Commission, 2010).

2.4.1 PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE MAYORES

La puesta en práctica de los principios del aprendizaje a lo largo de la vida en programas educativos dirigidos a población usualmente 50 años en adelante es una estrategia para promover el envejecimiento activo (OMS, 2002), en el contexto del cambio demográfico hacia el envejecimiento poblacional (Formosa 2014; Pinazo-Hernandis et al., 2018).

Ante este escenario las universidades públicas y privadas han intentado responder a las demandas de la población adulta mayor, en tanto resulta una nueva generación de mayores (más estudiados, con mejor salud, etc.) con cambios económicos-sociales (a niveles micro y macro social) y la necesidad de las mismas universidades de incluir estudiantes no tradicionales (Montoro, Pinazo-Hernandis & Tortosa, 2005; Valle-Aparicio, 2012; Formosa, 2013, 2019; Villar, 2019).

El desarrollo de los programas universitarios para personas mayores se inicia en Toulouse (Francia) en los años 70 del siglo XX (Montoro-Rodríguez, et al., 2005, Formosa, 2012) y desde ese momento ha proliferado la oferta y sus modalidades a lo

largo del mundo (Formosa, 2014). Diferentes modelos se han replicado en los contextos universitarios y otros más abiertos en institutos no universitarios, que se han formado principalmente para aumentar la calidad de vida de la población mayor, la permanencia de las personas mayores en procesos de aprendizaje junto a otras generaciones, desarrollo de programas de investigación gerontológica y definición de modalidades permanentes de programas educativos para mayores. A continuación, se describen brevemente estas principales modalidades:

-Modelo francés: Se estructuran como cursos académicos con créditos de educación formal, donde se combina la docencia e investigación, buscando la integración de la población mayor en la vida universitaria y su relación con otras generaciones para potenciar el intercambio intergeneracional, es el más extendido en los programas educativos universitarios en Europa como es el caso de España. Ofrecen cursos de distintas disciplinas como humanidades, ciencias sociales, psicología ciencias de la salud, informática, entre otros. También ofrecen actividades culturales y de ocio, artísticas y de actividad física. Suelen tener una duración definida y cantidad de créditos para su aprobación (Montoro-Rodríguez, et al., 2005)

-Modelo británico (*Open University*): estos programas educativos se desarrollaron más en espacios municipales o ayuntamiento sin fines académicos o con créditos, tienen la intención de ofrecer actividades educativas y culturales no formales, promoviendo la participación social más inclusiva, en distintas modalidades flexibles como por ejemplo programas de voluntariado, y muchas veces auto-gestionadas por las comunidades sin apoyo institucional. Este modelo es más extendido en Reino Unido, China, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda (Chin-Shan, 2005; Formosa, 2019).

-Modelo mixto: cuenta con las características de ambos modelos, se suelen estar en espacios universitarios su organización pero realizan alianzas con actores sociales para realizar actividades comunitarias y extender el aprendizaje y la participación de adultos. Este modelo se inicia en Finlandia, está vigente en varios países europeos y es el más extendido en Latinoamérica, que ha tenido otros tonos, como por ejemplo la alfabetización de personas mayores, incluso la formación profesional o técnica ante escenarios de pobreza en este grupo etario (Da Trindades-Prestes & Santos-Diniz, 2015; Formosa, 2013; De Maio-Nascimento & Giannouli, 2019).

Las principales retos de los modelos de aprendizaje a lo largo de la vida provienen de superar su naturaleza institucionalizada y los estándares académicos que han provocado una participación elitista pues es más común que alumnos de esos programas sean personas de clase socio-económica media o media-alta, con mayoría femenina, mayor participación de personas con capacidades físicas y mentales mantenidas, y disminución de la participación conforme aumenta la edad y los desafíos de la cuarta edad, menor participación de minorías étnicas (Huang, 2006; Formosa, 2014).

2.4.2 APORTES DE LOS PROGRAMAS DE APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA AL BIENESTAR SUBJETIVO DURANTE LA VEJEZ EN DISTINTOS CONTEXTOS CULTURALES

Existen evidencias de la diversidad de motivaciones personales de las personas mayores para participar en programas de aprendizaje a lo largo de la vida, como el enriquecimiento personal y el bienestar subjetivo personal, la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, el desarrollo de estrategias ante dificultades de apoyo social y sentimientos de soledad, contar con opciones de uso de tiempo libre y aumenten los sentimientos de utilidad y participación social, o cumplimiento de necesidades espirituales (Triadó, Riera, Lusa, Resano, y Villar, 2005; Montoro, Pinazo-Hernandis & Tortosa, 2005; Hori & Cusack, 2006; Fernández-García, García-Llamas & Pérez-Serrano, 2014; Valle-Aparicio, 2014; Brownie, 2014, Formosa, 2019).

Además, los programas de aprendizaje a lo largo de la vida aumentan los niveles de participación social y cívica, el desarrollo de mejores capacidades para enfrentar crisis del contexto en el que se vive, mejoran la visión del colectivo de los mayores en la sociedad, y disminuyen el edadismo y la gerontofobia (Field, 2009; Merriam & Kee, 2013).

Por otro lado, existe evidencia contundente en distintos contextos culturales que indican que aquellas personas mayores más activas en programas de aprendizaje a lo largo de la vida, tienen mayores sentimientos de auto-eficacia y confianza personal para crear redes de apoyo, lo que se relaciona a su vez con mayor compromiso social (participación cívica, comunitaria), mayor salud en términos sociales (apoyo social y redes de apoyo) y emocionales (bienestar subjetivo, percepción de salud, espiritualidad-sentido de vida, autoestima, menor riesgo a depresión), mejores e innovadoras

herramientas personales y colectivas (capital social, herramientas de adaptación individuales, estilos de vida saludable) para enfrentarse y adaptarse a las demandas del entorno y propias de la vejez (Pinquart & Sorensen, 2000; Narushima, 2008; Field, 2009; Wister, Malloy-Weir, Rootman & Desjardins, 2010; Sonati, Modeneze, Vilarta, Maciel, Boccaletto & Da Silva, 2011; Nascimento-Ordonez, Lima-Silva & Cachioni, 2011; Biggs, Carstensen, and Hogan, 2012; Escolar-Chua & De Guzman, 2014; Mackowicz & Wnek-Gozdek, 2016; De Maio-Nascimento & Giannouli, 2019).

Capítulo 3

Componentes del bienestar subjetivo y el envejecimiento con éxito

A continuación, en este apartado se profundizará en la descripción teórica de los criterios, indicadores, componentes o variables que pretenden capturar la multidimensionalidad del envejecimiento con éxito estudiadas en esta tesis doctoral.

La definición conceptual multidimensional del envejecimiento con éxito, en esencia lo convierte en un tema complejo. Tal y como se ha visto previamente, hay evidencias de que los factores sociales, ambientales y biomédicos acaecidos durante la infancia, y las experiencias vitales y los condicionamientos culturales y sociales, ya sean individuales o generacionales, tienen un impacto a largo plazo tanto en la salud física, social y cognitiva y en el bienestar subjetivo durante el envejecimiento. Tanto el envejecimiento con éxito como el concepto más amplio de envejecimiento activo y saludable propuesto por la OMS (2002) pretenden mostrar una concepción positiva del envejecimiento.

No obstante, en la literatura se observa una notable confusión entre diferentes términos relacionados con el envejecimiento, y con otros conceptos como “bienestar”, “satisfacción con la vida” y “calidad de vida”. Esta confusión está ligada a la discusión de si estos son criterios, componentes o resultados asociados a envejecer de esta forma (Fernández-Ballesteros et al., 2007; Parra-Rizo, 2017). La literatura no proporciona una definición o modelo teórico único aceptado (Fernández-Ballesteros, 2009).

En este sentido, Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright (2010), aluden que las mayores deficiencias de la literatura sobre el envejecimiento con éxito son su enfoque casi exclusivo en personas mayores, y la falta de claridad con respecto a qué define el éxito en el envejecimiento.

Debido a la gran diversidad en las maneras para definir y medir el envejecimiento exitoso, algunas investigaciones parten de la medición de constructos unidimensionales o más complejos, algunas usan indicadores objetivos como biomarcadores y otras se basan en indicadores subjetivos.

Depp y Jeste (2006) realizan una extensa revisión de estudios empíricos tanto transversales como longitudinales del envejecimiento con éxito publicados entre 1978 y 2005, y encuentran 29 definiciones y un número igual de medidas para evaluarlo. Entre estos estudios se identificaron 10 aspectos principales utilizados como criterios para un envejecimiento con éxito. Un resumen de todos ellos es el siguiente: habilidad funcional

y funcionamiento físico, funcionamiento cognitivo, satisfacción con la vida y bienestar, participación social/productividad/compromiso social, presencia/ausencia de enfermedad, longevidad, autovaloración de la salud, aspectos de personalidad, medio ambiente, nivel de renta y autoevaluación de un envejecimiento con éxito (Bowling, 2007; Depp & Jeste, 2006).

Por otra parte, Fernández-Ballesteros et al. (2010) señalan que, además, las variables explicativas o predictoras son generalmente tratadas por separado teniendo en cuenta la diversidad de definiciones empíricas. Muchas veces es frecuente que una variable criterio (resultado) también se incluya como variable predictora, por ejemplo, la presencia o ausencia de enfermedad, la satisfacción con la vida, nivel de ingresos, entre muchas otras. Esta característica produce una confusión entre los componentes del envejecimiento con éxito (variables resultado) y sus determinantes (variables predictoras).

En una revisión sistemática realizada por Cosco, Prina, Perales, Stephan y Brayne (2013, 2014), se identificaron distintas definiciones operacionales de envejecimiento exitoso, se resaltó la gran heterogeneidad de las definiciones, siendo los constructos más nombrados por diferentes autores a la hora de medir el envejecimiento con éxito: función física y cognitiva, presencia de enfermedad, estado de salud, estado afectivo, satisfacción con la vida y bienestar, participación social y vida activa, y apoyo social. Los autores identificaron los siguientes componentes (como variables resultado):

- Fisiológico: función física, función cognitiva, enfermedad, estado saludable, longevidad.
- Bienestar: estado afectivo y satisfacción con la vida.
- Participación: vida activa-participación social y apoyo social-sistema.
- Recursos personales: recursos personales y autonomía-independencia.
- Factores extrínsecos: económico-medioambiental.

A continuación se describe la evidencia del estudio de cada una de las variables antes descritas en el contexto de los estudios sobre bienestar en la vejez y envejecimiento con éxito.

3.1 RECURSOS SOCIALES: RED SOCIAL Y APOYO SOCIAL

Son numerosos los estudios que han demostrado que los recursos sociales tienen un impacto positivo en la salud mental y física de las personas mayores (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010; Kelly et al., 2017; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser & Otero, 2003).

Durante esta etapa de la vida puede producirse una desvinculación de la sociedad, tanto social como psicológica, y como consecuencia de ello, provocar aislamiento social y enfermedades físicas y psicológicas, de ahí, la importancia de no perder los vínculos con el entorno y con las personas más cercanas. El aislamiento social es un reflejo objetivo y cuantificable del tamaño reducido de la red social y la escasez de contacto social. Es un problema particular a edades más avanzadas, cuando la disminución de los recursos económicos, el deterioro de la movilidad y la muerte de los allegados conspiran para limitar los contactos sociales. Las personas aisladas socialmente tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas, deterioro cognitivo y mortalidad. En particular, el aislamiento social también se ha asociado con presión arterial elevada, proteína C reactiva y fibrinógeno y con respuestas inflamatorias y metabólicas elevadas al estrés (Steptoe, Shankar, Demakakos & Wardle, 2013).

3.1.1 RED SOCIAL Y APOYO SOCIAL

El apoyo social constituye un tema de gran interés y relevancia. En los últimos años se han aumentado las investigaciones sobre el apoyo social en las personas mayores. Durante mucho tiempo la categoría “redes sociales” fue asumida como indicador de apoyo. Si la persona pertenecía a una red estaba apoyada. Pero la evidencia empírica en este tema desmintió este supuesto ya que un aspecto que resultó sumamente importante fue la constatación de que la pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante, pues éste puede variar en el tiempo y a lo largo de la vida de las personas (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003). Sin embargo, a pesar de la cantidad de investigaciones en este campo, el concepto de apoyo social continúa siendo ambiguo: es común encontrar que términos tales como “relaciones sociales”, “redes sociales”, “integración social” o “vínculos sociales”, entre otros, sean usados indistintamente, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo.

En la presente tesis doctoral. Partimos del apoyo social como un concepto multidimensional, que se asocia con la salud y el bienestar de los individuos, que con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental debido a los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones (Castro, Campero, & Hernández, 1997).

El apoyo social según Kahn y Antonucci (1980) es entendido como: "...las interacciones personales que incluyen uno o más de los siguientes elementos clave: afecto, afirmación y ayuda" (p. 267). Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, que también denominamos con el término genérico de "transferencias", se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. De esta manera, el apoyo social puede manifestarse cuando una persona expresa admiración, respeto o amor hacia la otra (afecto), cuando demuestra que está de acuerdo con ella (afirmación), o también cuando se le ofrece algún tipo de ayuda, sea material, económica o información sobre algo (Sánchez-Sánchez, 2017).

Clásicamente se han definido dos dimensiones del apoyo social: por una parte, las características estructurales de la red social y por otra parte, los aspectos funcionales de las relaciones entre los miembros de la red, como el intercambio de recursos, información, bienes o servicios y el intercambio de afectos (Fernández-Ballesteros, 2002). Es decir, por una parte está el apoyo estructural o cuantitativo, también denominado red social, referido a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo (por ejemplo, familia, amigos, pareja o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes. Esta red social tendrá unas características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza. En función de estas características una red puede resolver mejor unas necesidades que otras.

Por otra parte, el apoyo funcional tiene un carácter de valoración subjetiva y se refiere a las percepciones sobre la disponibilidad de apoyo (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2013; Rubio, Dumitrache, García, & Córdón-Pozo, 2018). Es decir, es la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son el apoyo emocional o afectivo, informativo, instrumental, e interacción social positiva (Alonso, Rodríguez & González, 2013). Así, se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Según Guzmán et al. (2003), los apoyos materiales implican

un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aportación regular o no, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros). Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado o acompañamiento. Los apoyos emocionales y afectivos se expresan, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro, y se refieren a las expresiones de afecto y amor que son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto y otras variantes. Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, estrategias, transmisión de información (significado), consejos que permiten entender una situación, etc.

De manera análoga, han sido propuestas diversas clasificaciones para definir las diferentes fuentes de apoyo social, aunque la clasificación más común en la literatura es la que distingue entre fuentes de apoyo formal e informal. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, contempla objetivos específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas. El apoyo informal está constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas, es decir, aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia (Guzmán et al., 2003). Las redes informales personales se estructuran sobre la base de contactos más o menos frecuentes y de relaciones significativas desarrolladas por un período más o menos largo o durante toda la vida (Antonucci & Akiyama, 1987).

Con respecto al apoyo informal, se considera a la familia una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, pues se centran en el afecto y estimulan la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad (Pinazo-Hernandis, 2005).

Igualmente, las redes de amistad y vecinal son un apoyo valioso para las personas mayores. Estas redes se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brindan las amistades son más públicos pero más personales, lo cual es esencial para el cuidado fuera del hogar y constituyen fuentes de apoyo importantes. El apoyo de los vecinos se considera significativo en las personas mayores que no cuentan con redes de apoyo familiar. En algunos casos, los vecinos pueden asumir el rol de la familia ausente. Es evidente que durante la vejez las necesidades de apoyo aumentan y, a la vez, las redes familiares y de amigos

disminuyen. Sin embargo, el valor de los grupos de apoyo es sumamente reconfortante para la población mayor, por lo que, aun cuando las redes disminuyen en número, su calidad es mucho más significativa.

Se ha teorizado que, en concreto, el apoyo social informal es un importante factor para el envejecimiento con éxito (Rowe & Kahn, 1997), pues es un facilitador de las conductas de promoción de la salud, disminuyendo el impacto de los acontecimientos estresantes al amortiguar sus efectos negativos. De forma similar, autores como Sánchez-Sánchez (2017), sugieren que las personas mayores que participan activamente en redes sociales y se sienten integrados socialmente de manera que reciben apoyo informal, manifiestan una mejor salud física y mental que los que no están conectados; además el apoyo informal se ha asociado con un bajo riesgo de morbilidad y mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2010; Kelly et al., 2017; Zunzunegui et al., 2003).

En culturas latinas y mediterráneas, la mayor parte del apoyo social que reciben las personas mayores proviene del apoyo informal, es decir, de la ayuda ofrecida por familiares, amigos y vecinos (Fernandez-Ballesteros, 2002) tema que también ha sido asociado a valores culturales como el familismo (Valdivieso-Mora et al., 2016) descrito en un apartado anterior. El cuidado es un ejemplo de apoyo social que mezcla características de apoyo instrumental y emocional (Antonucci, Birditt, Sherman & Trinh, 2011) y siendo los miembros más cercanos de la familia nuclear de origen los principales proveedores de cuidado (Solé-Auró & Crimmins, 2014). La frecuencia de contactos entre las distintas generaciones de una familia, también es una de las medidas de apoyo social, aunque a este respecto es importante remarcar que los contactos que mantienen las personas mayores con otros grupos de edad varían mucho de unos países a otros, siendo más frecuente los contactos (a diario o casi a diario) en los países del sur de Europa como en España, Italia y Grecia (Abellán, et al., 2018), sobre todo a la relación padre mayores-hijos adultos y abuelos-nietos.

En el estudio de los recursos sociales durante el envejecimiento, se han desarrollado principalmente distintos modelos teóricos que proporcionan un marco teórico para la consideración de cómo las personas reclutan y gestionan sus vínculos sociales a medida que avanzan en la vejez. Uno de ellos del que ya hemos hablado en un capítulo anterior de la presente tesis doctoral es la Teoría de la Selectividad Socioemocional de Carstensen (1991, 1992, 1993; Carstensen et al., 2003). Según la autora, a medida que nos hacemos mayores cambian las relaciones y algunas figuras sociales (pareja, hijos, nietos, amigos, etc.) que tienen un papel específico y significativo en la vida de las

personas, pues incluyen todas aquellas relaciones que se establecen a su alrededor y que van cambiando a lo largo de su vida. En este sentido, a medida que se envejece se produce un descenso de los contactos sociales. La selección de los contactos sociales se hace muy selectiva y afecta sobre todo a los contactos superficiales, mientras que las relaciones más estrechas permanecen intactas con la edad. De acuerdo con los estudios de Carstensen, entre las personas mayores es especialmente importante el aspecto emocional de las relaciones, de modo que con el envejecimiento en la interacción social y se maximizan las experiencias emocionales positivas, con preferencia por las personas con los que se han tenido relaciones gratificantes, minimizando los riesgos emocionales.

Para Antonucci (2001) las relaciones sociales tienen un gran impacto en el bienestar emocional cuando se percibe calidad en las relaciones, siendo éste un posible mecanismo por el cual los tipos de red pueden influir en la salud mental; un individuo integrado en una red diversa tendría mejores resultados de salud mental que un individuo en una red más restringida (Fiori, Antonucci & Akiyama., 2006).

Una vez descritos los principales conceptos, definiciones y modelos teóricos vinculados con las relaciones sociales, el apoyo social y las redes sociales, pasaremos a revisar las principales evidencias empíricas que se han hallado sobre las relaciones entre el apoyo social y el envejecimiento, y en particular, cuál es su asociación con el envejecimiento con éxito.

3.1.2 SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO.

En los últimos años se han desarrollado muchas investigaciones sobre el bienestar que han ampliado considerablemente el mapa conceptual de este constructo (Diener & Ryan, 2009).

En general, la mayoría de autores coincide en la existencia de dos grandes tradiciones en el estudio del bienestar tal como se desarrolló en un anterior apartado: una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico), y otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico). Algunos autores como Keyes, Shmotkin y Ryff (2002) han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo (*Subjective Well-being*) como principal representante de la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico (*Psychological Well-being*) como representante de la tradición eudaimónica.

La tradición hedónica concibió originalmente el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas. Varios autores pasaron posteriormente a definirlo en términos de satisfacción con la vida, entendida como el juicio global que las personas hacen de su vida (Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita, 2000; Diener, 1994b) o en términos de felicidad, es decir, balance global de los afectos positivos y los afectos negativos que han marcado nuestra vida. Estas dos concepciones se corresponden con diferentes marcos temporales del bienestar subjetivo: la satisfacción es un juicio, una medida a largo plazo de la vida de una persona, mientras que la felicidad es un balance de los afectos positivos y negativos que provoca una experiencia inmediata (Díaz et al., 2006). Esta estructura del bienestar compuesta por tres factores (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo) ha sido repetidamente confirmada a lo largo de numerosos estudios (Diener & Chan, 2011).

Mientras la tradición del bienestar subjetivo ha mostrado especial interés en el estudio de los afectos y la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006).

Carol Ryff (1989a,1989b) fue quien sugirió un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones relevantes para el estudio de la edad adulta y el envejecimiento: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Para esta autora, el bienestar psicológico es un constructo multifactorial, y así lo mide con escalas que intentan operacionalizar seis dimensiones.

- 1- La autoaceptación, es uno de los criterios centrales del bienestar, según el cual las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes et al., 2002).
- 2- La capacidad de tener relaciones positivas con los demás también es un indicador de un funcionamiento psicológico positivo y de una buena salud mental, ya que las personas necesitan tener relaciones sociales estables y tener

amistades en las que poder confiar, pues la capacidad de amar en un componente fundamental del bienestar (Allardt, 1996).

- 3- La autonomía: las personas para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff & Keyes, 1995). De modo que las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y son capaces de autorregular mejor su comportamiento.
- 4- El dominio del entorno, que es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, siendo otra de las características del funcionamiento positivo. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.
- 5- Las personas necesitan tener un propósito en la vida, es decir, marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido.
- 6- Finalmente, el funcionamiento positivo óptimo no sólo requiere de las características anteriormente señaladas; también necesita la motivación por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades. Es la dimensión denominada crecimiento personal (Keyes et al., 2002).

Desde la perspectiva hedónica sobre el bienestar se asume que a través de la maximización de experiencias placenteras y la minimización del sufrimiento, se pueden lograr los más altos niveles de bienestar y satisfacción. Estos componentes están relacionados ya que aquella persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Las personas con un mayor bienestar subjetivo hacen una valoración más positiva de sus circunstancias y eventos vitales, mientras que las “infelices” evalúan la mayor parte de estos acontecimientos como perjudiciales. En este enfoque se pueden identificar aspectos cognitivos y afectivos del bienestar. En concreto, el aspecto afectivo del bienestar hedónico consiste en estados de ánimo y emociones, tanto positivas como negativas y en numerosas ocasiones se mide con medidas de salud mental. Por lo tanto, no es sorprendente que los

síntomas depresivos a veces se utilicen como una medida del afecto negativo (Vanhoutte & Nazroo, 2014).

Por otra parte, el componente cognitivo del bienestar hedónico, a menudo denominado satisfacción con la vida, es un proceso crítico en el que los individuos evalúan la calidad de sus vidas en función de su propio conjunto de criterios (Pavot & Diener, 1993). La satisfacción con la vida y el componente afectivo del bienestar subjetivo tienden a correlacionar porque ambos elementos se hallan influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en las que se desarrolla su vida. Sin embargo, necesariamente también han de diferir, ya que así como la satisfacción con la vida es el resultado de la integración cognitiva que las personas realizan al evaluar cómo les ha ido en el transcurso de la vida, -lo que representa un resumen o valoración global de ella como un todo-, el componente afectivo obedece más a las reacciones puntuales a eventos concretos que suceden en el curso de la vida del sujeto. La satisfacción con la vida al ser el resultado de un juicio cognitivo, es un constructo más estable a lo largo del tiempo (Zubieta, Muratori, & Fernandez, 2012). La satisfacción con la vida y los componentes afectivos están relacionados, pero son elementos separados del bienestar subjetivo (Lucas et al., 1996).

Diener (1994a, 1994b) describe tres características del bienestar subjetivo: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, puesto que incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos. Más tarde, se propusieron diferentes concepciones del bienestar psicológico: el bienestar como satisfacción con la vida, como la valoración del individuo de su propia vida de forma positiva; el bienestar como preponderancia de los sentimientos positivos sobre los negativos; y la perspectiva filosófico-religiosa que ve la felicidad como una virtud o gracia (Diener & Diener, 2009).

Aunque en ocasiones se ha hablado de estas dos concepciones del bienestar (bienestar subjetivo y bienestar psicológico) como si estuvieran en conflicto o contrapuestas, existe abundante evidencia de las estrechas relaciones que guardan entre sí. Ryff y Keyes (1995) por ejemplo, informaron de asociaciones fuertes entre sus seis dimensiones y la satisfacción vital, y especialmente con autoaceptación y dominio del ambiente. Keyes et al. (2002) también encontraron fuertes asociaciones entre estas seis

dimensiones y la satisfacción vital. Ya en contexto español, autores como Triadó, et al. (2005) y Tomás, et al., (2016) encontraron también evidencia empírica.

La satisfacción con la vida es una parte fundamental del bienestar de las personas mayores ya que siempre se ha reconocido como marcador de un envejecimiento óptimo (Havighurst, 1961), además de estar considerado un indicador libre de sesgo de género (Cheng, 2014). La satisfacción con la vida se presenta como un posible indicador o resultado de la adaptación psicológica y el envejecimiento con éxito (Baltes & Baltes, 1993; Gow et al., 2007; Gutiérrez et al., 2014; Rowe & Kahn, 1997). Como previamente se ha explicado, hay varios conceptos teóricos que se han asociado con la satisfacción con la vida, como el bienestar subjetivo, la calidad de vida y la felicidad. El bienestar subjetivo incluye los estados de ánimo, las emociones y las evaluaciones cognitivas de la satisfacción con la vida de las personas (Diener et al., 1999). Así, la satisfacción con la vida puede verse como un subtema del bienestar subjetivo, la calidad de vida (Fugl-Meyer, Bränholm & Fugl-Meyer, 1991; Berglund, Hasson, Wilhelmson, Dunér & Dahlin-Ivanoff, 2016).

3.3 SALUD

La OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p.1). También se ha añadido que la salud tiene dos vertientes: una subjetiva, que incluiría los distintos grados del “sentirse bien”, y otra objetiva, que coincidiría con la “capacidad funcional”, es decir, con el grado de funcionalidad o limitaciones que las personas tienen para desempeñar sus diferentes actividades diarias. En consecuencia, la OMS (1978) modificó su propio concepto de salud como “el nivel suficiente de bienestar que permite desarrollar la propia capacidad funcional y vivir activamente en sociedad”, es decir, la salud como la capacidad de adaptación y autogestión y cómo un conjunto de características y dimensiones dinámicas que se pueden medir (Morcillo, 2017).

3.3.1. SALUD PERCIBIDA

En cuanto a la percepción de la salud, la salud percibida es uno de los indicadores más utilizados en Gerontología, tanto en su papel de indicador del bienestar o estado general de salud como de predictor de la supervivencia de las personas mayores (Gutiérrez, et al, 2015; Jylhä, 2009). A este respecto, son muchas las investigaciones

que dejan patente su influencia positiva sobre la salud y, por extensión, sobre la satisfacción con la vida (Berg et al., 2006; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010). Además, indicadores como la satisfacción con la vida y la salud percibida arrojan una prevalencia mucho mayor que los indicadores objetivos (enfermedad o productividad) como criterios constituyentes del envejecimiento con éxito. La naturaleza subjetiva de estas medidas permite evaluar en las personas su salud y satisfacción en el contexto de sus creencias, prioridades, experiencias y circunstancias individuales (Fernández-Ballesteros et al., 2010). A este respecto, también se sabe que las medidas auto-informadas son específicas del contexto sexo y posición social. Kraus, Adler y Chen, (2013) indicaron que las mujeres frente a los hombres, las personas mayores frente a las más jóvenes y las que tienen una posición socioeconómica más baja frente a las más altas, priorizan diferentes aspectos de la salud y dan respuestas diferentes a las preguntas sobre la salud percibida; del mismo modo, las personas con un mayor efecto negativo son más propensas a dar informes pesimistas de su salud. Mitchell (2005) indicó que la autoevaluación de la salud varía según las culturas y los países.

Ahora bien, la percepción de salud es un constructo asociado a otras variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida y depresión (Vivaldi & Barra, 2012) y se ha probado que tiene asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como el número de enfermedades crónicas que las personas mayores padecen, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, etc. Así, se ha visto que es un potente predictor del padecimiento de enfermedades crónicas, así como de la utilización de los servicios sanitarios e, incluso, de la mortalidad (Jylhä, 2009; Morcillo, 2017).

Las medidas de salud percibida se relacionan con experiencias previas, estado de salud. Jylhä (2009) propuso un modelo teórico en donde la salud percibida es un proceso cognitivo en el que el individuo, al ser indagado acerca de cómo cree que es su estado de salud, valora de forma objetiva la información médica que posee y de forma subjetiva sus propias sensaciones, influenciado por los factores ambientales (sociales y culturales) que le rodean. Otro modelo similar es el de Knäuper y Turner (2003), quienes proponen que el individuo, en el proceso de respuesta, construye una representación o imagen mental de su propio estado de salud, influido por factores sociodemográficos e individuales.

Por su parte, las desigualdades en la salud auto-percibida en personas mayores de 65 años en España en relación con la edad, el género, los factores socioeconómicos y el nivel de dependencia, encontraron que la salud percibida empeora con el incremento de la edad pero sólo en aquellas personas mayores menos longevas, en el sexo femenino y en los pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, y con mayor nivel de dependencia (Morcillo et al. 2014; Mosquera, Machón, Vergara, Larrañaga & Martín, 2019). Es decir, la salud percibida empeora con la edad, fundamentalmente por el incremento en el nivel de dependencia, excepto en edades muy avanzadas, en las que esta relación se invierte (Jagger et al., 2011; Zunzunegui, Nunez, Durban, García de Yébenes & Otero, 2006).

En otra revisión por parte de Dalstra, Kunst y Mackenbach (2006) las personas mayores con menor nivel de renta o ingresos, con niveles educativos más bajos y cuya ocupación laboral anterior había sido menos cualificada eran las que tenían peor salud percibida. Según Ploubidis, Dale & Grundy, 2012), las diferencias en salud percibida se asocian con las diferencias en el nivel de igualitarismo de cada país (medido por el coeficiente de Gini¹), de modo que una mayor desigualdad social se asocia con una peor salud.

Finalmente existen evidencias paradójicas respecto a la salud percibida y población adulta mayor, en donde personas mayores con un peor estado de salud, y por consiguiente, con expectativas más bajas, en realidad pueden considerar que envejecen mejor ya que su experiencia coincide con sus expectativas (Whitley, Popham & Benzeval, 2016).

3.3.2. AUTOCUIDADO

El autocuidado es una motivación o inclinación por facilitar atenciones a sí mismo para mejorar la propia salud. En otras palabras, es un conjunto de pautas o hábitos saludables orientados al bienestar físico, psicológico o social desde la propia iniciativa. La lista de medidas recomendadas y vinculadas con el autocuidado es amplia: buena alimentación, ejercicio moderado, evitar el alcohol y el tabaco, controlar el estrés y fomentar el pensamiento positivo, mantener relaciones sociales, participar activamente en la sociedad, etc. Cada una de estas pautas es una manifestación del auto-cuidado.

El autocuidado en salud se ha definido por la OMS como “aquellas acciones emprendidas por el sujeto con la intención de mejorar la salud y el bienestar, prevenir las enfermedades, y restaurar la salud” (OMS, 1984, p.181), de modo que puede ser visto como aquellas acciones dirigidas con el objetivo de conservar, restablecer o mejorar la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades (la detección, gestión y tratamiento) y la promoción de la salud (Sundslí, Espnes & Söderhamn, 2013). El cuidado personal implica la práctica de actividades en la vida diaria tanto a nivel físico, mental, social como espiritual que ayuden a mantener el bienestar en todas sus facetas. Estas acciones deben ser conocidas por el individuo y estar dentro de las capacidades de la persona. Es por ello que la práctica de diversas actividades o conductas de autocuidado requiere motivación pues es la capacidad de cuidarse a uno mismo (Söderhamn, Bachrach-Lindström & Ek, 2008).

Similar a los otros constructos antes definidos, la literatura revela muchas definiciones y conceptos de autocuidado, careciendo de consenso sobre la definición y el alcance. Sundslí et al. (2013) -citando a Eriksson y Lindström (2007)- lo definen como el proceso que permite a las personas incrementar el control para mejorar su salud, llevar una vida activa y productiva y obtener así un mayor bienestar y calidad de vida. La cuestión clave es que se trata de un recurso de salud que promueve la auto-responsabilidad y el control en la toma de decisiones, pero no es una práctica individualizada. El apoyo social es una condición importante para el autocuidado (Høy et al., 2007).

La literatura sobre autocuidado revela que la mayoría de las investigaciones en este campo se han centrado en dos áreas: autocuidado en enfermedades crónicas y en enfermedades comunes (Benito et al., 2014; Galiana, Oliver, Sansó & Benito, 2015a; Høy, Wagner & Hall, 2007; Khagram, Martin, Davies & Speight, 2013). Sin embargo, las necesidades de autocuidado en la salud están presentes en toda la población general (White et al., 2012), puesto que el desarrollo de estas habilidades conduce a adoptar estilos de vida más saludables, y para las personas mayores, estas habilidades resultan especialmente importantes por estar en un mayor riesgo de deterioro de la salud y pérdida de la independencia.

Por lo tanto, el autocuidado es una actividad dirigida a un objetivo, que es mantener y/o restaurar la salud o el bienestar. En la presente tesis doctoral se define el autocuidado como una orientación hacia el futuro para mejorar la calidad de vida

durante el proceso de envejecimiento y la vejez (Kahana, Kahana & Zhang, 2005). En este sentido es importante comprender el concepto del autocuidado como un enfoque para promover la salud y el bienestar personal.

Dale, Söderhamn y Söderhamn (2012) han demostrado una relación entre la capacidad de autocuidado, la salud percibida y el sentido de coherencia de la siguiente manera: las personas mayores con mayor capacidad de autocuidado tenían más probabilidades de percibir una buena salud y tener un sentido más fuerte de coherencia que aquellos con menor capacidad de autocuidado. En una revisión de literatura realizada por Eriksson y Lindström (2007), los autores demostraron que las personas con este tipo de recursos a su disposición tienen una mejor oportunidad de enfrentar los desafíos de la vida. Finalmente en un metaanálisis llevado a cabo por Lommi, Matarese, Alvaro, Piredda y De Marinis (2014) sobre las experiencias de autocuidado que promueven la salud en las personas mayores, reveló que los que viven en su propio hogar toman decisiones sobre sus actividades de cuidado personal en base a sus actitudes hacia su vida y su futuro, es decir, sobre la base de su orientación en la vida. Estas actividades de autocuidado están dirigidas hacia el bienestar integral, la prevención y el tratamiento de los efectos del envejecimiento, la obtención de una sensación de satisfacción y la autorrealización personal. Igualmente, las actividades de autocuidado se resuelven en una red social y relacional que permite a las personas mayores a cuidar de sí mismos y de los demás, o ser atendidos por otros.

3.4 ESPIRITUALIDAD

Una de las variables que recientemente ha comenzado a relacionarse con el bienestar subjetivo ha sido la espiritualidad. Se suele definir la espiritualidad como “la relación personal con algo superior, transcendental, como la creencia en Dios o en el Universo” (Piedmont et al., 2009, p. 163); “sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas dirigidas a la búsqueda de lo sagrado o superior” (Larson, Sawyers & McCullough, 1998, p.21). Pero no hay que confundir espiritualidad con religiosidad. La religiosidad involucra práctica espiritual pero en contextos colectivos, lo que genera validación y apoyo de los rituales asociados a esta práctica espiritual en grupos específicos. La evidencia indica que las dos variables tienen fuerte relación con indicadores de bienestar subjetivo en personas mayores (Cowlshaw, Niele, Teshuva,

Browning & Kendig, 2013) sobre todo aquella que se denomina espiritualidad positiva que tiene la particularidad de establecer la relación entre la espiritualidad alejada de la religiosidad y al dogma, suele ser menos formal, menos ortodoxa y menos sistemática y orientada por conductas y emociones individuales que se relacionan con elevar el potencial humano, el bienestar subjetivo o psicológico (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore & Koenig, 2002; Zinnbauer & Pargament, 2005; Miller & Kelley, 2005; Cowlishaw et al., 2013). En una revisión meta-analítica desarrollada por Moreira-Almeida, Lotufo-Niero y Koenig (2006), se identificó que la espiritualidad mostraba relaciones positivas con tamaños de efectos mayores con el bienestar subjetivo incluso que indicadores como la red de apoyo, ingreso y estado civil tanto en estudios con diseños transversales como longitudinales. Sin embargo, autores como Wink y Dillon (2002) y Wink, Dillon y Prettymam (2007) han encontrado evidencia longitudinal de una relación negativa entre espiritualidad y la probabilidad de experimentar eventos negativos en mujeres. Estos autores investigaron la relación entre espiritualidad y dos dimensiones del modelo de bienestar psicológico de Ryff, y encontraron efectos positivos de la espiritualidad con el crecimiento personal.

Como han sugerido varias investigaciones (Delle, Fave & Bassi, 2009; Joshanloo, 2011; Yoon et al., 2015), el estudio del bienestar subjetivo diferenciando sus dos componentes principales (hedónico y eudaimónico) ha ofrecido la posibilidad de indagar el rol que juega la espiritualidad en el bienestar subjetivo en personas mayores (Crowther et al., 2002; Cowlishaw et al., 2013; Hilton, Gonzalez, Saleh, Maitoza & Angela-Cole, 2012; Kirby, Coleman & Daley, 2004). Por ejemplo Kirby et al. (2004) encontraron que la espiritualidad se relaciona de manera positiva con el bienestar eudaimónico.

Ahora bien las revisiones de la relación entre espiritualidad con el bienestar subjetivo y la salud mental en diferentes culturas en población adulta mayor ha encontrado similares resultados. Boswell, Kahana y Dilworth-Anderson (2006) encontraron relación entre estilos de vida saludables, la espiritualidad con el bienestar subjetivo en adultos mayores estadounidenses, por su parte, Hilton y Child (2014) en personas mayores latinas residentes en Estados Unidos encontraron que la salud espiritual predecía el bienestar.

Al respecto de las indagaciones transculturales sobre la espiritualidad que esta tesis doctoral busca demostrar, el fundamento principal de discusión se ha concentra en si la espiritualidad es algo universal o no (Piedmont, 2007; Piedmont et al., 2009) Como se ha planteado en apartados anteriores, la comparación entre culturas implica partir de elementos comparables a nivel teórico y metodológico, al respecto Piedmont (2007) plantea que es posible hacer comparaciones basándose en la hipótesis lexicográfica (John, Angleitner & Ostendorf, 1998, citado por Piedmont, 2007) si dos o más culturas comparten el mismo idioma, ya que el idioma es algo específico cultural, a partir de esta premisa, se pueden identificar elementos que son específicos a una cultura determinada de aquellos que son universales. Tal como se ha planteado anteriormente este es un énfasis base de esta tesis doctoral. Finalmente, la espiritualidad se ha incorporado a nivel práctico incluyéndola como un medio/estrategia para trabajar el envejecimiento con éxito en programas realizados en contextos comunitarios (Crowther et al., 2002; Parker, Bellis, Bishop, Harper, Allman, Moore & Thompson, 2002), por lo que su inclusión es cada vez más necesaria en el estudio de la adaptación y el bienestar en el contexto del envejecimiento humano y la etapa de la vejez.

METODOLOGÍA

Capítulo 4

JUSTIFICACIÓN

La humanidad tiene al frente un reto sin precedentes: el envejecimiento de la población a nivel mundial. Este asunto universal conlleva el aumento de la susceptibilidad a la enfermedad y la discapacidad en la vejez. Sin embargo, también hay sólidas evidencias de que la longevidad puede estar acompañada por salud y/o bienestar. Así, el envejecimiento poblacional, que es un asunto universal pero con comportamientos específicos relacionados con la cultura, el momento histórico, condiciones ambientales macro y micro sociales, y características personales y genéticas, se considera un proceso en constante cambio multidireccional y multidimensional, donde el ser humano ha dado evidencia de su capacidad de plasticidad para adaptarse a su realidad específica (Baltes & Baltes, 1993). El cuestionarse los mecanismos sobre las explicaciones del bienestar durante la vejez bajo la mirada de un enfoque teórico-metodológico que rescate la particularidad y no solo la universalización del proceso, es un reto y una oportunidad para esta y futuras investigaciones.

Partir de un énfasis positivo del envejecimiento y la vejez, donde el ser persona mayor implique una fase de vitalidad llena de oportunidades y de crecimiento personal y contribución social implica desmitificar al proceso, pero a su vez, un reto para la ciencia psicológica y gerontológica por contar con métodos y teorías que permitan explicarlo e investigarlo desde todas sus posibles implicaciones. Esta tesis doctoral pretende aumentar la evidencia sobre el envejecimiento con éxito en el contexto de personas con altos niveles de participación social y de dos culturas distintas. Por lo tanto, la pregunta central que está de fondo en esta indagación es si estas personas con similares características en lo cultural e individual sostienen de manera empírica modelos teóricos similares asociados al bienestar subjetivo y al envejecimiento con éxito, es decir, ¿Es la cultura moderadora de los resultados de bienestar durante la vejez entre las personas estudiadas? ¿Tienen las personas estudiadas similares factores predictores del bienestar subjetivo? ¿Existen diferencias en los resultados de bienestar subjetivo entre las estrategias utilizadas?

Para poder contestar estas preguntas, esta tesis doctoral no solo se cuestiona las bases teóricas del envejecimiento con éxito y el bienestar durante la vejez desde la visión transcultural, sino que también utiliza robustas estrategias metodológicas de la psicología transcultural, siguiendo a Boer et al. (2018) se fundamenta en: aspectos relacionados en disminuir errores asumidos al constructo (conceptos teóricos) y en

segundo lugar los errores de medición (muestreo, instrumentalización, y errores de administración de las medidas).

Se reconoce que este ámbito de la investigación es aún incipiente, lo que otorga mayor importancia a la revisión de los modelos que atañen en esta investigación en poblaciones como la Mediterránea-Europea (Valencia, España) y Latinas (Costa Rica) con dominancia de valores colectivistas asociados al bienestar subjetivo en la vejez, pues aún carece de evidencia contundente (Fernández-Ballesteros, García, Abarca, Blanc, Efklides et al., 2008; Blanco-Molina & Salazar-Villanea, 2017). Torres (1999, 2003, 2009) por su parte recomienda estudios como el presente que profundicen en esta línea de trabajo, en tanto se reconoce la necesidad de desarrollar modelos más sensibles a las particularidades culturales.

El énfasis de la psicología transcultural como un enfoque de múltiples perspectivas y estrategias de análisis asociadas a comprender la variación inter-cultural sobre el afecto, la cognición y la conducta permite ser la vía teórica y metodológica que complementa las visiones teóricas del envejecimiento y la psicología del ciclo vital. Así, se ponen a prueba aquellos aspectos que se asumen como universales o generalizables a la especie humana. Esta visión pone un claro énfasis en el escepticismo sobre la generalización de la conducta humana (Nielsen & Haun, 2016; Liebal & Haun, 2018) y una de las tradiciones teóricas que se le dará énfasis en esta investigación es la hipótesis de la influencia de valores culturales individualistas versus los colectivistas (Binder, 2018; Guimarães, 2018).

Este énfasis según Chatterjee et al. (2018) ha provocado múltiples y no concluyentes resultados asociados a los valores culturales occidentales (individualistas) u orientales (colectivistas) sobre todo en aquellos países más homogéneos (como Costa Rica y España, con conformación demográfica y valores culturales similares) cuando se encuentran diferencias en las puntuaciones, por ejemplo, de mediciones de bienestar subjetivo a pesar que el componente cultural no represente una diferencia evidente. Por lo dicho anteriormente, en esta investigación se busca dar evidencias asociadas a esta línea clave de comprensión del envejecimiento con éxito y el bienestar subjetivo durante la vejez; donde se asume que entre las personas mayores estudiadas, las estrategias para potenciar el bienestar subjetivo son similares, es decir no deberían mostrar diferencias significativas para explicar el bienestar subjetivo en la vejez.

Una de las principales críticas a los modelos tradicionales del envejecimiento con éxito y del bienestar subjetivo, ha sido la imposición cultural del éxito como un valor estrictamente occidental-individualista, limitando la riqueza de modelos que reconozcan que el envejecimiento en todas sus facetas es una construcción socio-cultural y temporal (Torres, 2001, 2002).

Esta visión del estudio del envejecimiento con éxito pone de manifiesto que los valores culturales deben ser tomados en cuenta para dar forma al concepto de envejecer más verosímil con la realidad, sobre todo si sus fundamentos se utilizan para la implementación de políticas públicas que intenten globalizar la visión del envejecimiento y que invisibilizan la influencia de asuntos sociales como por ejemplo las migraciones o la particularidades culturales como la visión de la construcción familiar y las redes sociales de las culturas colectivistas y su relación con el bienestar en la vejez. A pesar de estas limitaciones estos modelos permiten la reflexión sobre las particularidades culturales específicas entre culturas (Torres, 2014) y resaltando la relevancia de tesis doctorales como la presente.

Los conceptos de bienestar subjetivo y envejecimiento con éxito, no parten de un marco conceptual común sino que cuentan con una gran diversidad conceptual de lo que implica envejecer de manera positiva, con éxito, saludable u óptima (Katz & Calasanti, 2015; Martin et al., 2015) y ambos conceptos son un objetivo importante para las políticas socio-sanitarias y económicas en todo el mundo (Bloom et al., 2015; Pruchno & Carr, 2017). Pero a pesar de que el envejecimiento con éxito ha sido uno de los principales focos de investigación de la gerontología en las últimas décadas, sigue sin existir consenso en cuanto a su definición y los criterios que lo constituyen. No obstante, este concepto desde la psicología sugiere ideas clave como la satisfacción con la vida, el bienestar, la salud, los recursos sociales, el dominio y el crecimiento personal, espiritualidad-sentido de vida, el logro de una vida significativa, el compromiso activo con la vida, la participación, la independencia, etc. Es por ello que la medición desde indicadores de naturaleza subjetiva del envejecimiento con éxito es vital para comprender los desafíos del envejecimiento, informar las posibles intervenciones y monitorear el progreso hacia su logro (Stewart, Auais, Bélanger & Phillips, 2019).

Teniendo en cuenta toda esta diversidad conceptual y el cuestionamiento constante sobre la medición en envejecimiento con éxito (Decancq & Michiels, 2017; Manierre,

2018; Mount et al., 2019); en la presente investigación se categorizan los componentes del envejecimiento con éxito considerados como criterios subjetivos del envejecimiento con éxito y se le da énfasis al bienestar subjetivo como uno de los principales indicadores alternativos de resultado asociado al envejecimiento con éxito (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Cosco et al., 2014).

La selección de indicadores fue inicialmente guiada por la definición del modelo PCP, en el caso de las variables determinantes-predictoras, y a partir de los modelos de bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico ya desarrollados en un apartado anterior. Se añaden indicadores del funcionamiento emocional y social, indicadores subjetivos sobre la propia salud, y finalmente indicadores como la espiritualidad y el auto-cuidado.

Los dominios utilizados son:

- *Predictores de proceso*

- Recursos Sociales. El funcionamiento social fue cubierto por dos indicadores: las redes sociales, el apoyo social (apoyo emocional, apoyo instrumental o confidencial), la frecuencia de contacto y tamaño de la red familiar y amistades.

- Salud percibida. Es un dominio central en la mayoría de las definiciones del envejecimiento con éxito, y sobretodo es el aspecto más mencionado por las personas mayores (Kok et al., 2017). Para evaluar este criterio, en la presente tesis doctoral se incluyó una medida salud percibida.

- Autocuidado. En esta investigación se incluye este constructo como en el contexto del modelo PCP (Kahana, Kahana y Lee, 2014) como el constructo mediador entre las variables antecedente, recursos internos y externos y la resultado y la variable resultado. En el contexto del modelo PCP el autocuidado funciona como la estrategia proactiva para potenciar la adaptación en la vejez o el bienestar en el caso específico de esta tesis doctoral.

- Espiritualidad. Es uno de los elementos más recientemente incorporados en los modelos de envejecimiento con éxito, y que acumula evidencia sobre su potencial efecto predictor de variables resultado del envejecimiento con éxito como es la satisfacción con la vida (Cowlshaw et al., 2013). En esta investigación se parte de la definición de espiritualidad asociada a aquellos sentimientos, pensamientos, experiencias y creencias que otorgan sentido

existencial y que se dirigen a la búsqueda de lo sagrado o superior (Larson, Sawyers and McCullough, 1998).

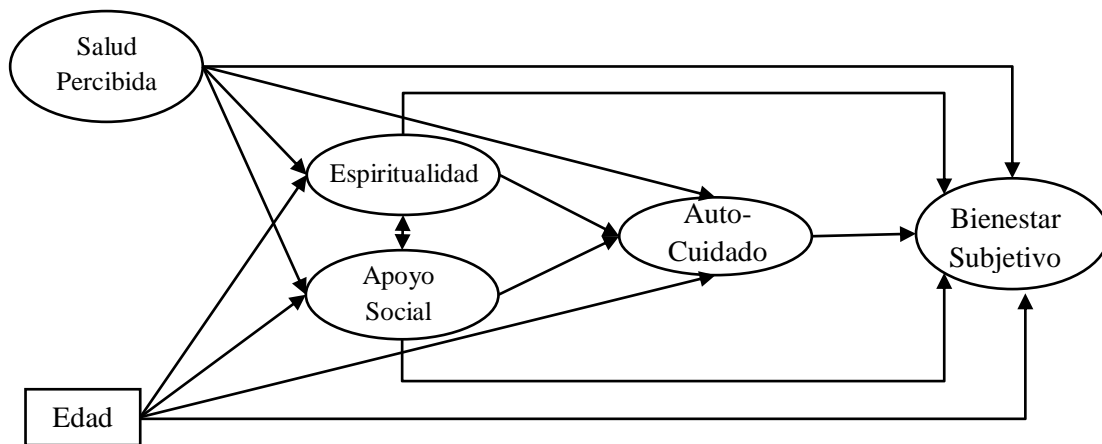
○ *Indicadores de resultado*

-Bienestar subjetivo. Tal y como sostienen Ryan y Deci (2001), deben diferenciarse dos perspectivas del bienestar: la hedónica y la eudaimónica tal como fue dicho anteriormente. Para la visión hedónica, tomó como punto de partida el indicador de satisfacción con la vida. Por su parte, en la perspectiva eudaimónica, centrada en el bienestar psicológico, se refiere al desarrollo personal como una función de las habilidades individuales y la realización del potencial de uno mismo. El indicador utilizado está basado en el modelo que desarrolló Carol Ryff (1989) que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, y comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo.

Finalmente, se considera necesario reconocer la relevancia de desarrollar investigación científica dentro del contexto de las nuevas manera de envejecer, si se asume que el perfil de las personas mayores está cambiando paulatinamente y, cada vez más, las personas mayores tienen mejor salud y esperanza de vida, se implican en mayor medida en actividades que antes no podían realizar. Un perfil de personas mayores activas y comprometidas, con un nivel educativo más alto que en tiempos pasados y más interesadas en posteriores aprendizajes debe ser indagado.

Es por ello que para realizar esta investigación y conocer la relación entre las variables estudiadas en el contexto de un estudio con énfasis transcultural, se ha optado por personas mayores cuyo perfil corresponda al llamado “envejecimiento activo, saludable y con éxito”, así se estudian a personas mayores que asisten a Programas Universitarios para mayores, como un tipo de persona mayor especialmente activa, participativa, con intereses e inquietudes, y que vive su vejez como un momento para nuevos aprendizajes; siguiendo la filosofía de los principios del aprendizaje a lo largo de la vida. A continuación se presenta el modelo que agrupa las variables de proceso como de resultado en el modelo PCP antes descrito.

Figura 3. Modelo teórico PCP con las variables estudiadas



Fuente: Basado en modelo PCP de Kahana, Kahana y Lee (2014)

Capítulo 5

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el modelo teórico del bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico y el modelo teórico del envejecimiento con éxito de Kahana y Kahana en personas mayores participantes en programas de aprendizaje a lo largo de la vida en Costa Rica y España.

OBJETIVO ESPECIFICO OE1:

Identificar el comportamiento psicométrico de las medidas asociadas a los indicadores subjetivos de los modelos analizados comparando entre muestras de los dos países.

Se desglosa en los siguientes subobjetivos:

OE1.1 Identificar el comportamiento psicométrico de la escala de satisfacción con la vida desde la visión en las muestras de los dos países.

OE1.2. Identificar el comportamiento psicométrico de la Escala de Lubben en las muestras de los dos países.

OE1.3. Identificar el comportamiento psicométrico de la Escala de Duke en las muestras de los dos países.

OE1.4. Identificar el comportamiento psicométrico de la Escala Índice de Espiritualidad en las muestras de los dos países.

OE1.5 Identificar el comportamiento psicométrico de la Escala SF-8 en las muestras de los dos países.

OE1.6 Identificar el comportamiento psicométrico de la escala de Autocuidado en las muestras de los dos países.

OBJETIVO ESPECÍFICO OE2:

Poner a prueba modelos teóricos de envejecimiento con éxito en las muestras de los dos países.

2.1. Poner a prueba el modelo teórico del bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico en las muestras de los dos países.

2.2 Poner a prueba el modelo teórico del envejecimiento con éxito de Kahana y Kahana en las muestras de los dos países.

OBJETIVO ESPECÍFICO OE3:

Comprobar la invarianza sobre los modelos de envejecimiento con éxito analizados en las muestras de los dos países.

3.1. Poner a prueba la invarianza estructural del modelo teórico del bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico en las muestras de los dos países.

3.2. Poner a prueba invarianza estructural del modelo teórico del envejecimiento con éxito de Kahana y Kahana en las muestras de los dos países.

HIPÓTESIS

1. No existen diferencias significativas entre aquellas personas que forman parte de un proyecto de formación a lo largo de la vida en España y Costa Rica, en los resultados de bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico.
2. No existen diferencias significativas entre aquellas personas que forman parte de un proyecto de formación a lo largo de la vida en España y Costa Rica, en los factores del modelo de Kahana y Kahana que predicen la satisfacción con la vida.
3. Los modelos de invarianza probados en las personas estudiadas de habla hispana y países diferentes presentan un buen ajuste.

Capítulo 6

MÉTODO

Este capítulo aborda cuestiones de orden empírico, tales como el procedimiento y las muestras, así como los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables. También se presentan los análisis de los datos para la consecución de los objetivos, hipótesis y diseño de investigación plantados.

6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizó un diseño transversal y retrospectivo. Los diseños de investigación transversal recogen datos en un sólo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia y/o interrelación en un momento dado, es decir, examinar la relación entre diferentes variables en una población definida en un momento de tiempo determinado.

A partir de este diseño, se han utilizado del primer momento de recolección de datos del proyecto *Longitudinal Older Learners* (LOL-España), llevado a cabo en la Facultad de Psicología de la Universitat de València. Se trata de un proyecto que sigue un diseño de encuesta longitudinal tipo panel, en el que se mide una muestra hasta en tres momentos temporales: las encuestas se pasaron a principio, mitad y final de año académico 2014-2015 en Valencia. Por su parte, respecto a los datos de la muestra de Costa Rica de igual manera se han extraído del primer momento temporal de la base de datos del proyecto *Longitudinal Older Learners* (LOL-Costa Rica), que se llevó a cabo en la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional, Costa Rica. Se trata de un proyecto de colaboración internacional entre ambas Universidades, que para el caso de la muestra en Costa Rica se replica el diseño en tres momentos temporales: durante los años 2016-2018 en Costa Rica, separando la recolección en cada año lectivo, 2016, 2017 y 2018.

6.2 PROCEDIMIENTO

En primer lugar se obtuvo la aprobación del proyecto por parte del Comité de Bioética para encuestar a una muestra de los estudiantes del Programa de Universidad de Mayores, Universitat i Societat de la Universitat de València (España), donde se imparte formación universitaria continuada para mayores. En segundo lugar se realizó el mismo procedimiento al Comité de Ética de la Universidad Nacional de Costa Rica. Todos los estudiantes de la Universidad firmaron el consentimiento informado aprobado por los comités de ética respectivos según país.

El programa universitario para mayores de la Universitat de València, está dirigido a personas de más de 50 años con ganas de aprender y motivación por la cultura. Permite a las personas mayores acceder como alumnos en la Universitat de València y pretende ofrecerles a su vez, la oportunidad de participar como estudiantes en las actividades propias de la vida universitaria: participando activamente de los conocimientos, la cultura, la investigación y el debate. Los Programas de Universidad de Mayores han cumplido desde sus inicios una importante función cultural y socializadora, desde una perspectiva positiva, activa, participativa y de autorrealización (Valle-Aparicio, 2014).

De todos los centros en donde la Universitat de València tiene implantado el programa universitario para mayores (actualmente 12) se seleccionaron los centros de Cullera, Gandia, la Eliana, Massamagrell, Ontinyent y Quart de Poblet, municipios ubicados en la provincia de Valencia situados entre 7 y 90 km de la ciudad de Valencia.

El programa de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor de la Universidad Nacional, Costa Rica (PAIPAM-UNA), tiene como objetivo contribuir a la creación de una “sociedad para todas las edades”, por medio de cursos donde se procura informar y sensibilizar a una cultura del envejecimiento y la vejez, con el fin de eliminar los mitos y estereotipos que inciden de manera negativa en las relaciones intergeneracionales y en la consecución del desarrollo integral y el bienestar de las personas mayores. Se imparten cursos en dos modalidades principalmente formales y recreativos. La población objetivo del PAIPAM se concentra en la provincia de Heredia, centro del país, zona metropolitana-urbana y más poblada (León-Fernández y Lépiz-Vega, 2015).

Por lo que respecta a esta investigación, se recabaron datos de variables sociodemográficas y diversas escalas para evaluar variables de tipo psicosociales asociadas a los modelos de envejecimiento con éxito y el bienestar hedónico y eudaimónico según la literatura presentada en apartados anteriores.

La información se recogió con un cuestionario que se entregó en formato papel (Anexo 1), encabezado por el título “Bienestar en personas adultas-” en ambos países, haciendo referencia al propósito general de la investigación y al momento temporal tiempo 1. El formulario comenzaba con una recogida de datos demográficos (edad, sexo, estado civil, situación laboral, miembros de la unidad familiar) y después continuaba con los bloques de ítems que constituían las diferentes escalas. Todos los

ítems se respondían con escala tipo Likert y las categorías estaban ordenadas siempre de menor a mayor frecuencia o acuerdo, independientemente del número de anclajes o de las etiquetas de las categorías.

Fueron administrados en las aulas por personas entrenadas, capaces de resolver las dudas de los participantes. En un primer término, se explicó a los participantes el proyecto y el objeto de la investigación, la manera de registrar las respuestas, así como que el tratamiento de los datos sería confidencial y con fines exclusivamente relacionados con fines científicos. Además, la persona encargada del pase, explicó que el tiempo estimado necesario para responder al cuestionario era de aproximadamente 45 minutos, aunque sobre este aspecto hubo mucha variabilidad entre los participantes, debido a las diversas condiciones y habilidades de lectoescritura de los participantes. Se informó de la voluntariedad de su participación a todos los participantes, así como del anonimato y confidencialidad de los datos recogidos (firma consentimiento informado).

6.3 PARTICIPANTES

En este estudio, finalmente, se recogieron datos de personas mayores que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: tener 50 o más años de edad y estar matriculado/a cursando estudios en alguna de las sedes del programa universitario para mayores de la Universidad de Mayores de la Universitat de València y el Programa Integral de la Personas Adulta Mayor de la Universidad Nacional de Costa Rica.

La selección de la muestra fue de conveniencia. Se consideraron como variables sociodemográficas la edad, el sexo, el estado civil, la situación laboral. La muestra española consistió en 1166 personas mayores de 50 años que participan en programas de Universidad de Mayores de la Univesidad de Valencia en el curso académico 2014-2015. La media de edad de este grupo de sujetos fue de 66.54 (DT= 6.7) con una edad mínima de 55 y máxima de 92 años. 70.3% eran mujeres. En relación con el estado civil, la mayoría estaban casadas, 49.3%, viudas 18.2%, 26.3% solteras y 6.1% divorciadas o separadas. Finalmente el nivel de estudios fue de 30.2% estudios primarios, 38.6% estudios secundarios y 30% estudios universitarios.

Las personas participantes costarricenses fueron 282 personas mayores de 55 años que participaban en el Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor PAIPAM-UNA en el curso académico 2015-2016. La media muestral de edad fue de 64

(DT=7.55) con una edad mínima de 55 y máxima de 83 años. 91% fueron mujeres. En relación con el estado civil, la mayoría estaban casadas (46.8%), 21.3% divorciadas, viudas 21%, y 10.3% solteras. El nivel de estudios fue de 29.6% estudios primarios, 32.4% estudios secundarios y 38.1% estudios universitarios.

6.4 Instrumentos de Medida

Además de los datos sociodemográficos ya mencionados, para el desarrollo del estudio se utilizaron diversos instrumentos de medida de variables psicosociales. Entre las variables incluidas en el estudio como componentes del envejecimiento activo y saludable o con éxito y como constructo multidimensional, se incluyeron cuatro dominios, como los recursos de apoyo social y emocional, el bienestar subjetivo (Bienestar psicológico-eudaimónico y satisfacción con la vida-hedónico) Salud (Salud percibida, autocuidado) y un indicador de espiritualidad. A continuación, se resumen estas medidas (tabla 1):

Tabla 1. Constructos y variables asociadas

Grupo 1: Recursos de apoyo social y emocional -Apoyo Social Funcional -Red Social y Estructural
Grupo 2: Bienestar subjetivo -Bienestar psicológico-Eudaimónico -Satisfacción con la vida-Hedónico
Grupo 3: Salud -Salud Percibida -Autocuidado
Grupo 4: Espiritualidad

6.4.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Como se ha señalado anteriormente, el cuestionario de bienestar en personas adultas consta de dos partes diferenciadas: las preguntas sociodemográficas y descriptivos personales (indicadores ad-hoc) y un segundo bloque compuesto de escalas de las variables psicosociales.

Estas variables sociodemográficas contempladas fueron sexo, edad cronológica, estado civil.

6.4.2. INDICADORES SUBJETIVOS DEL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO

En cuanto a las escalas estandarizadas utilizadas en la investigación se presentarán uno a uno en los siguientes apartados.

- *El cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11.*

Este cuestionario fue desarrollado por Broadhead, Gehlbach, De Gruy y Kaplan (1988) con el nombre original de “The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire”. En el presente trabajo se empleó la adaptación española de Bellón et al. (1996). Se trata de un instrumento auto-administrado de 11 ítems que utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 1 (“Mucho menos de lo que me gustaría”) a 5 (“Tanto como me gustaría”). Este cuestionario fue originalmente validado en pacientes estadounidenses, en su mayoría mujeres, blancas, por debajo de los 45 años. El instrumento original incluía ítems sobre la cantidad de apoyo, el apoyo confidencial, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental. Tras la validación el cuestionario quedó reducido a dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo, aunque tres de los 11 ítems en el estudio original no pudieron ser considerados dentro de las dos dimensiones del apoyo social (Broadhead et al., 1988).

El cuestionario Duke-UNC Broadhead et al. (1988) ha sido modificado y validado en España por Bellón et al. (1996), mostrando buenas evidencias de validez y confiabilidad.

- *La Escala de Red Social de Lubben Revisada (LSNS-R)*

Se ha utilizado una versión en español de la escala de Red Social de Lubben (Lubben & Gironde, 2004), un cuestionario de autoinforme de 12 ítems con cinco opciones de respuesta para evaluar el tamaño, la cercanía y la frecuencia de contactos de la red social de las personas mayores. La escala de Red Social (LSNS) es un instrumento clásico para la evaluación de las redes sociales y fue desarrollado por Lubben (1988) para poblaciones de adultos mayores de diversos orígenes étnicos.

En el año 2002, Lubben, Gironde y Lee (2002) desarrollaron la LSNS-revisada (LSNS-R), una versión revisada con 12 ítems, que distinguía entre la red social de familia y la de amigos. El LSNS fue modificado al LSNS-R con el fin de especificar y distinguir mejor la naturaleza de la familia, la amistad y las redes sociales del vecindario. Tanto el LSNS como el LSNS-R distinguen entre parientes y no parientes, sin embargo, no diferencian entre amigos y vecinos. En esta investigación se ha utilizado la versión de 12 ítems LSNS-R (Lubben & Gironde, 2004) debido a que es la más utilizada en ámbito socio-sanitario ya que requiere menos tiempo para su cumplimentación.

El cuestionario LSNS-R está compuesto de seis ítems que preguntan sobre apoyo de los familiares y los seis restantes sobre el mismo apoyo, pero de amigos. Cada ítem puede ser graduado de 0 a 5 puntos, y el grado de apoyo total de la red social puede oscilar entre 0 y 60 puntos. Las puntuaciones LSNS-R más altas significan un mayor nivel de apoyo de la Red social. Por tanto, todos los ítems se responden con una escala de seis anclajes que puntúan de cero a cinco puntos, los ítems 1 a 6 (apoyo de familiares), tienen una escala en la que la respuesta “ninguno” puntúa como (0), “uno” como (1), “dos” como (2), “tres o cuatro” como (3), “de cuatro a ocho” como (4) y “nueve o más” como (5); y los ítems 7 a 12 (apoyo de amigos y vecinos), tienen una escala en la que la respuesta “Nunca” puntúa como (0), “Rara vez” como (1), “A veces” como (2), “A menudo” como (3), “Casi siempre” como (4) y “Siempre” como (5); de forma que el subtotal de cada escala de seis ítems es 30 y el total de la escala es 60 puntos como máximo y cero como mínimo. El punto de corte está establecido en 20 puntos o menos, lo que indicaría una red social muy limitada y riesgo de aislamiento. Todas las versiones del cuestionario tienen al menos la sub-escala “Familia” (RSF) y la subescala “Amigos” (RSA) y exploran las (seis) facetas del apoyo social: tamaño de la red, frecuencia de contacto, posibilidad de comentar temas privados, tener alguien de confianza a quien pedir ayuda, ser consultado en las decisiones importantes, y tener alguien con quien consultar decisiones importantes (The Trustees of Boston College, 2016; University of Western Ontario, 2010).

Investigaciones previas han indicado que el LSNS-R tiene una buena consistencia interna (Lubben et al., 2002; Baigi, Hildingh, Virdhall & Fridlung, 2008; Hong, Casado & Harrington, 2011)

En contexto español, esta versión de la LSNS-R también ha mostrado una buena consistencia interna. En el estudio publicado recientemente por Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho y Oliver (2016) en una muestra de personas mayores universitarias.

No se presentan a la fecha de esta investigación en el contexto costarricense o latinoamericano evidencias del funcionamiento psicométrico de la escala.

○ *Escala de Bienestar Psicológico de Ryff*

Esta escala desarrollada por Ryff (1989), adaptada por Van Dierendonck (2004) y Van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco y Moreno-Jiménez (2008) y traducida al español por Díaz et al. (2006), han hecho que el Bienestar Subjetivo se haya desarrollado en torno a dos líneas de trabajo paralelas, de acuerdo a la definición del constructo que abordan en esta investigación descrita en el Marco Teórico, que este constructo corresponde al constructo eudaimónico.

En su modelo multidimensional para explicar el Bienestar Psicológico, Ryff (1989) distinguió seis dimensiones fundamentales : Auto-aceptación, Relaciones positivas con otras personas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal. Se ha revisado su estructura cuestionando su estructura de seis dimensiones (Springer & Hauser, 2006; Van Dierendonck et al., 2008; Abbott et al., 2006) en varios contextos. También se han realizado diferentes versiones de distinta longitud de la escala de Ryff (Keyes et al., 2002; Ryff, 1989b; Ryff & Keyes, 1995b; Van Dierendonck, 2004).

En el contexto español, diferentes estudios han utilizado la escala para medir el bienestar durante la vejez (Navarro, Meléndez, & Tomás, 2007), encontrándose índices aceptables de fiabilidad para la escala. Además, se verifica la necesidad de realizar análisis confirmatorios para comprobar su estructura (Calatayud, 2016; Satorres, 2013).

Por otra parte, también Tomás, Meléndez y Navarro (2008) han estudiado la estructura factorial de las escalas, concretamente con muestras de personas jubiladas, probando de forma exhaustiva todos los modelos factoriales confirmatorios encontrados en la literatura para la escala, mediante análisis factorial confirmatorio, y concluyendo que el de mejor ajuste fue el de seis factores original de los autores de la escala.

Autores como Villar et al. (2010) desarrollaron una versión simplificada de la escala seleccionando 22 ítems y agrupándolos en cuatro componentes (Autoconfianza, orientación al presente, estrés y tensión social) en una muestra de adultos mayores en España y así evitar algunos problemas relacionados con la consistencia interna y la baja validez estructural.

En general, la escala de Ryff está compuesta por ítems redactados tanto en positivo como en negativo. Su encabezamiento responde a “pensamiento y sentimiento sobre usted mismo” y tiene ítems como: “Me gusta la mayoría de los aspectos de mi personalidad” en positivo o invertidos: “En muchos sentidos, me siento decepcionado de los logros de mi vida”. El formato de respuesta que se utilizó tiene puntuaciones comprendidas entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo).

Los ítems se agrupan teóricamente en seis factores, que se definen del siguiente modo (Zacarés & Serra, 1996):

- a) Autonomía (ítems 1-3), evalúa si se es independiente y autodeterminado, capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de ciertos modos, si se regula la conducta internamente y las autoevaluaciones se realizan desde estándares personales. Por el contrario, una baja puntuación indicaría preocupación por las expectativas y evaluaciones de los demás, confiando en el juicio de los demás para tomar decisiones.
- b) Dominio del ambiente o control del entorno (ítems 4-6), evalúa si se posee sentido de dominio y competencia manejando el ambiente, se controlan múltiples conjuntos de actividades externas, haciendo un uso efectivo de las oportunidades del contexto y siendo capaz de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales. Una baja puntuación implica dificultad en el manejo de asuntos diarios, incapacidad para modificar el contexto cercano y falta de sentido de control sobre el ambiente que le rodea.
- c) Crecimiento personal (ítems 7-9), una alta puntuación indicaría que se mantiene un sentimiento de desarrollo continuado y de mejora a través del tiempo, en expansión y crecimiento, abierto a nuevas experiencias y con un sentido de desarrollo del propio potencial y de cambiar en modos que reflejan más autoconocimiento y efectividad. Una puntuación baja, describe

a personas con un sentido de estancamiento personal, con falta de sentido de mejora o expansión a lo largo del tiempo, incapacidad para desarrollar nuevas actitudes o conductas, aburrimiento y desinterés.

- d) Relaciones positivas con los demás (ítems 10-12). Una alta puntuación indica la existencia de relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, de mutua confianza, preocupación por el bienestar de los demás siendo capaz de desarrollar empatía, afecto, intimidad. Una puntuación baja indica pocas relaciones interpersonales de calidad, además de dificultades para ser cálido, abierto y empático y con poco esfuerzo para mantener compromisos duraderos.
- e) Auto-aceptación (ítems 13-15). Una alta puntuación en esta dimensión significa que se posee una actitud positiva hacia uno mismo, se reconocen y aceptan múltiples aspectos del yo, incluyendo los negativos y los positivos y se mantienen sentimientos positivos hacia lo vivido. Una puntuación baja significa que se siente insatisfecho consigo mismo.
- f) Propósito en la vida (ítems 16-18). Una puntuación alta muestra a personas que tienen metas en la vida y sentido de dirección, sentimiento de significado del presente y del pasado, y que mantienen creencias que proporcionan significado a la vida en su conjunto. Una puntuación baja mostraría a personas con falta de sentido vital, con pocas metas y objetivos, sin sentido de dirección, sin percepción de propósito en lo ya vivido, ni de una filosofía unificadora de la vida.

En los últimos años, se sigue utilizando la escala para medir el constructo de bienestar eudaimónico Tomás, Galiana, Gutiérrez, et al. (2016) en España y Véliz-Burgos (2012) en universitarios chilenos.

- *Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (TSLS)*

La Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (Temporal Satisfaction with Life Scale, TSLS) fue desarrollada por Pavot, Diener y Suh (1998). Es un instrumento formado por 15 ítems y fue creada tomando como punto de partida los 5 ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). La SWLS incluye 5 ítems que miden la satisfacción general con la vida. Es una evaluación global, los ítems incluyen afirmaciones referidas a condiciones de la vida pasada, presente y futura. Existen muchas adaptaciones de la escala realizadas en

distintos idiomas y diferentes poblaciones como una medida del componente de satisfacción con la vida del Bienestar Subjetivo asociado al constructo hedónico del modelo teórico del bienestar (Galiana, Gutiérrez, Sancho & Tomás, 2015). Diener, Inglehart y Tay (2013), en una revisión de la fiabilidad, validez y sensibilidad de las medidas de satisfacción, llegan a la conclusión de que las escalas son estables en condiciones inmutables pero son sensibles a los cambios en las circunstancias en la vida de las personas. Es decir, a la influencia de factores personales tales como el estado civil y otras circunstancias sociales e históricas. Por ello, recomiendan revisar su validez en diferentes contextos culturales y poblaciones.

El cuestionario utilizado en esta investigación consta de 15 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con cinco anclajes: 1 (Muy en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (Ni acuerdo ni desacuerdo), 4 (De acuerdo), 5 (Muy de acuerdo); por lo que el rango de puntuación varía de 15 a 75. Por ejemplo, el ítem 1 “Si tuviese que vivir en mi pasado otra vez, no cambiaría nada” hace referencia a la Satisfacción con la vida pasada; el ítem 6 “No cambiaría nada de mi vida actual” hace referencia a la Satisfacción con la vida presente; y el ítem 11 “No habrá nada que quiera cambiar sobre mi futuro” hace referencia a la Satisfacción esperada en el futuro.

Los ítems miden: Satisfacción con la vida pasada (ítems 1 a 5), Satisfacción con la vida presente (ítems 6 a 10) y la Satisfacción con la vida futura ítems (11 a 15).

- *Escala SF-8 de Salud Percibida*

El instrumento más empleado para medir la percepción de salud es el Health Survey Questionnaire (SF-36) de Ware, Snow, Kosinski y Gandek (1993). En esta investigación se ha utilizado la versión reducida (SF-8) de Ware, Kosinski, Dewey y Gandek (2001). Este instrumento evalúa la salud relacionada con la calidad de vida y está compuesta por 8 ítems que puntúan en una escala tipo Likert con 5 anclajes de respuesta, generando un perfil de salud que consta de ocho dominios, una forma alternativa que usa una pregunta para medir cada uno de los ocho dominios de la Escala SF-36 (Turner-Bowker, Bayliss, Ware & Kosinski, 2003). Las respuestas comprendían 5 opciones, desde 1 (Ninguno), hasta 5 (Muchos).

Tanto el SF-8 como el SF-36 miden ocho dominios comunes: funcionamiento físico, limitaciones debidas a problemas de salud física, dolor corporal, salud general,

vitalidad, función social, problemas emocionales, estrés psicológico y bienestar mental. Estos ocho ítems se resumen en dos componentes principales: componente físico y componente mental. Diferentes estudios han utilizado el SF-8 y han obtenido adecuadas evidencias de fiabilidad (Ware et al., 2001). Es aconsejable su uso en muestras de personas mayores por ser un instrumento breve y sencillo para obtener información sobre su estado de salud y obtener así un perfil de autopercepción de salud de la persona (Gutiérrez et al., 2015). Se ha probado su funcionamiento en personas mayores españolas (Tomás, Galiana, Gutiérrez et al., 2016; Tomás, Galiana y Fernández, 2018) mostrando buen funcionamiento. Pocas evidencias sobre la escala existen en el contexto latinoamericano, sin embargo, en el contexto colombiano con población mayor ha mostrado buen comportamiento psicométrico (Muñoz, Gómez & Ballesteros, 2012; Lucumi, Gomez, Brownson & Parra, 2015).

○ *Escala de Autocuidado para Mayores (EAPM)*

La Escala de Autocuidado para Mayores es una adaptación de la Escala Profesional de Autocuidado (PSCS) desarrollada y validada en población española por Galiana, Oliver, Sansó y Benito (2015), es un instrumento que inicialmente se desarrolló para medir el autocuidado de los profesionales en los cuidadores paliativos que a menudo trabajan en condiciones exigentes emocionalmente y estresantes, que podrían afectar su calidad de vida y su salud (Gibb, Cameron, Hamilton, Murphy & Naji, 2010).

Esta escala fue desarrollada por expertos en salud y cuidados paliativos con la intención de crear un instrumento breve, dado la falta de un instrumento validado en población española y que, además, no fuera muy extenso. Se basaron en primer lugar en el modelo de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su definición de salud como de “completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”(Organización Mundial de la Salud, 1948). En segundo lugar, en instrumentos de medición anteriores, principalmente con el desarrollado por Pender (1996). Y en tercer lugar, en una revisión exhaustiva de la literatura respecto a Autocuidado. La EAPM evalúa el autocuidado en tres áreas: el autocuidado físico, que se refiere a la implicación en las actividades que ayudan mantener un cuerpo sano; el Autocuidado interno o de sí mismo, que está relacionado con las actividades que ayudan a mantener una mente sana y el autocuidado social, que se refiere a las actividades sociales que ayudan al individuo a mantener su salud social. Las tres dimensiones crean

un factor de autocuidado (Galiana et al., 2015). Según la OMS y su definición de autocuidado, las conductas de autocuidado se refieren a aquellas actividades individuales, familiares y comunitarias que se llevan a cabo con la intención de mejorar la salud y el bienestar, prevenir la enfermedad, limitar las dolencias y restaurar la salud y son realizadas por las personas en su propio beneficio solas o con los profesionales (OMS, 1984b). Es decir, puede ser visto como las acciones dirigidas con el objetivo de conservar, restablecer o mejorar la salud y el bienestar (Sundslí et al., 2013).

El instrumento se compone de 9 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con cinco anclajes de respuesta: 1 (Muy en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (Ni de acuerdo ni en desacuerdo), 4 (De acuerdo), 5 (Muy de acuerdo). Todas las frases están escritas en sentido positivo. El rango de puntuación se sitúa entre 9 y 45. Las tres dimensiones de Autocuidado que explora el cuestionario son: autocuidado físico (entendido como la participación en actividades que ayudan a mantener un cuerpo sano, medido con los ítems 1, 2 y 5), autocuidado social (relacionado con actividades de tipo social apoyadas en familiares y amigos que ayudan al individuo a mantenerse sano, medido por ítems 3, 4 y 9) y autocuidado interno (que se relaciona con actividades que ayudan a mantener una mente sana, el equilibrio interior y los componentes de espiritualidad, medido con los ítems 6, 7 y 8). Ejemplos de estas preguntas son "Yo hago ejercicio con regularidad" (dimensión de Autocuidado físico), "Mi autocuidado incluye involucrarse en la práctica espiritual a través de la meditación, la oración, otra práctica consciente..." (Autocuidado interno) y "Creo que mis relaciones familiares son satisfactorias" (Autocuidado social).

- *Índice de Espiritualidad* (Sánchez, González, Robles & Andrade, 2012)

El índice está compuesto por seis ítems que miden la espiritualidad sin mencionar la religiosidad. Análisis psicométricos de Sánchez, González, Robles y Andrade, (2012) de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios encontraron un solo factor como la mejor solución factorial con buenos índices de ajuste. Análisis de validez convergente y discriminante evidencias que la escala resulta ser un buen indicador para medir la espiritualidad en población mayor. Ejemplos de ítems: "Mi espiritualidad me ayuda a definir mis metas. Y "Mi espiritualidad me ayuda a comprender el significado de las situaciones que vivo en la vida". No se ha validado la escala en población española o costarricense.

Tabla 2. Resumen de las variables e instrumentos de medida.

RESUMEN DE LAS VARIABLES			
Sociodemográficas	Indicadores Subjetivos del Envejecimiento con éxito		Instrumentos
Sexo Edad Estado Civil Situación Laboral	Recursos sociales	Apoyo social	Adaptación española del cuestionario Duke-UNK-11, Functional Social Support Questionnaire (Bellon et al., 1996)
		Red social	LSNS-Escala de Red Social (Lubben & Girona, 2004)
	Bienestar y Satisfacción	Bienestar Psicológico	Versión reducida de las Escala de Bienestar Psicológico (Ryff & Keyes, 1995a)
		Satisfacción vital	TSLS, Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (Pavot, Diener & Suh, 1998) validada para la población española por Galiana, Gutiérrez, Sancho & Tomás (2015)
	Salud	Salud Percibida	Escala SF-8 de Salud (Ware et al., 2001)
		Autocuidado	Escala de autocuidado para mayores (basado en Galiana, Oliver, et al., 2015; Campos-García, Oliver, Tomás, Galiana & Gutiérrez, 2018).
	Espiritualidad	Espiritualidad	Índice de Espiritualidad (Sánchez, González, Robles & Andrade, 2012)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

6.5 Estrategias de análisis

6.5.1. Análisis psicométricos

Para identificar el comportamiento psicométrico de las medidas asociadas a los indicadores subjetivos del envejecimiento con éxito utilizados comparando entre muestras de los dos países; se realizaron análisis de consistencia interna con el indicador Alfa de Cronbach, también, y correlaciones bivariadas entre las escalas como evidencias de validez de criterio, finalmente se realizaron análisis factoriales confirmatorios (AFC) para comprobar la estructura teórica original de las escalas y su ajuste en las muestras estudiadas. En las escalas utilizadas, estos análisis se modificaban en función de particularidades específicas de los modelos teóricos que sustentaban las escalas. Por lo general, los análisis factoriales fueron asociados a modelos de un factor general, que representa conceptualmente la amplitud del constructo medido por la escala, mientras los dominios específicos asociados a cada factor son constructos supeditados al general (Reise, Moore, y Haviland, 2010). En la lógica de los modelos confirmatorios tradicionales, la covarianza entre los ítems se explica en términos de una o más variables latentes.

También se probaron otros modelos de AFC, específicamente en la escala de Satisfacción Temporal con la Vida, como el modelo bifactorial, donde la covarianza asume su explicación tanto por el factor general como por los específicos del modelo del constructo teórico, es decir existen en el mismo nivel conceptual. La técnica del modelo bifactorial fue desarrollada para situaciones donde tanto la estructura multidimensional o unifactorial parecen otorgar una mejor representación de la escala analizada (Reise et al., 2010; Reise, Morizot & Hays, 2007)

Se tomaron en cuenta estadísticos e indicadores diversos de ajuste (Hu & Bentler, 1999; Tanaka, 1993) como: (a) estadístico de χ^2 ; (b) el índice de ajuste comparativo (CFI; Bentler, 1990); (c) el indicador root mean squared error of approximation (RMSEA; Steiger & Lind, 1980), (d) el uso de un valor de CFI mayor de .95 junto con un valor de .05 o menor (RMSEA usando la predicción de errores de medidas para medir el grado de ajuste entre las hipótesis y el verdadero modelo) como criterios de ajuste excelente. Dada la

naturaleza ordinal de los datos de todas las escalas se utilizó la estimación WLSMV (weighted least square mean and variance corrected).

6.5.2. Ecuaciones estructurales con variables latentes (SEM)

Seguidamente, para poner a prueba los modelos teóricos de envejecimiento con éxito a comprobar y probar la invarianza sobre dichos modelos entre las muestras de los dos países, se realizaron dos modelos de ecuaciones estructurales con variables latentes (SEM), con la intención de probar las relaciones entre los constructos en contextos multivariados. Ambos modelos SEM fueron analizados con los datos de las personas mayores de España y Costa Rica. A continuación se describen con detalle los modelos puestos a prueba.

a. Primer SEM (Bienestar hedónico y eudaimónico)

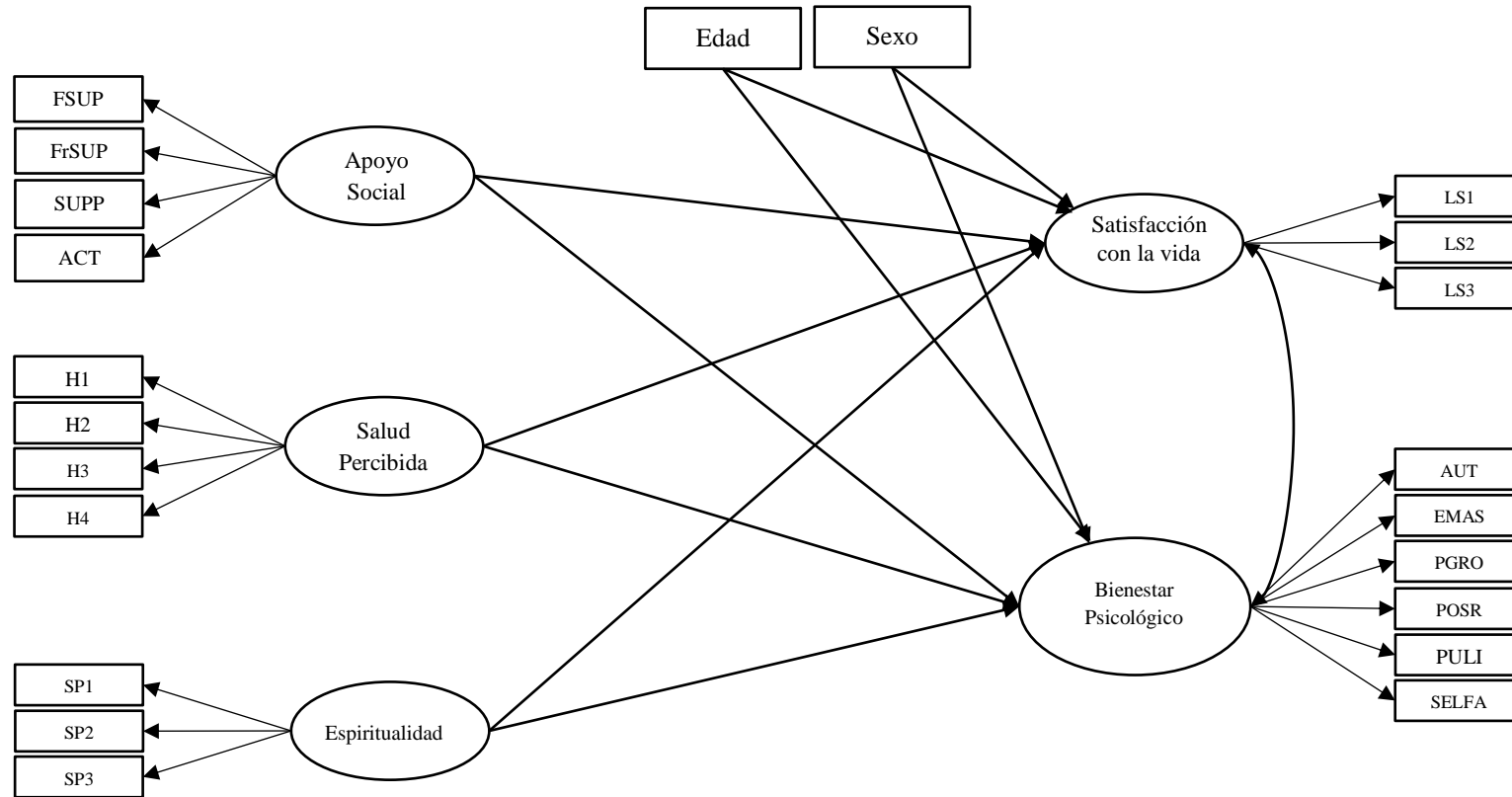
El primer modelo estructural puesto a prueba puede verse en la Figura 3

Este modelo estructural ubica tres variables latentes exógenas, las tres dimensiones estudiadas fueron: funcionamiento social y salud percibida y espiritualidad. El funcionamiento social fue modelado mediante tres indicadores, dos dimensiones del contacto social con familiares y amigos de la escala de Lubben, y el apoyo social funcional medido con la escala de Duke-UNC-11.

La salud percibida fue modelada con tres ítems en parcelas obtenidas de los 8 ítems de la escala SF-8. La espiritualidad fue medida con tres parcelas de ítems a partir del Índice de Espiritualidad. Como variables control se tomaron en cuenta la edad y el sexo de los participantes. Finalmente, las variables endógenas del modelo se basaron en las dimensiones del bienestar subjetivo: hedónico y eudaimónico como variables resultados de los modelos de envejecimiento con éxito.

El primer factor latente endógeno asociado a la dimensión hedónica fue la satisfacción con la vida, obtenida de tres parcelas de ítems de la escala de Satisfacción con la Vida Temporal (Pavot, Diener & Suh, 1998). El factor latente asociado a la dimensión Eudaimónica fueron las seis dimensiones de la escala de Ryff's (1989) de bienestar psicológico.

Figura 4. Modelo SEM con variables latentes predictoras del bienestar subjetivo Hedónico y Eudaimónico.



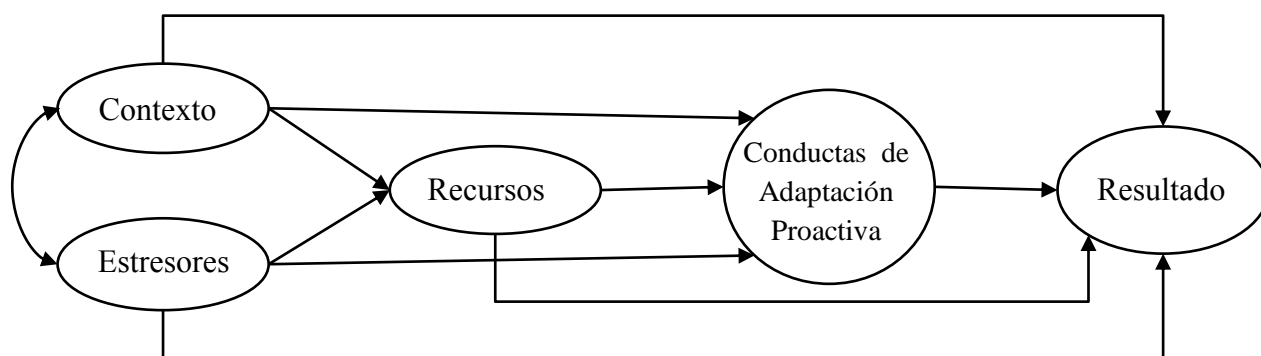
Notas: Correlaciones entre las variables exógenas y factores no se presentan por claridad; FSUP=Apoyo-Familiar; FrSUP= Apoyo-Amigos; SUPP=Apoyo Social Funcional; H1-H4, Salud Percibida; SP1-SP3, Espiritualidad; LS1-LS3, Satisfacción con la Vida (LS); AUT= Autonomía; EMAS=Dominio del Entorno; PGRO= Crecimiento Personal; POSR=Relaciones positivas con otros; PULI= Propósito en la vida; SELFA= Auto-aceptación.

b. Segundo SEM

El segundo modelo probado fue basado en las líneas teóricas del modelo PCP de (Kahana, Kahana y Lee, 2014). La representación gráfica de modelo PCP puesto a prueba se muestra en la Figura 2 (Se describe con más detalle los principios teóricos del modelo en el marco teórico).

Es importante apuntar, que la especificación de variables en cada categoría es amplia según el modelo PCP original, además que este modelo teórico puede ser operacionalizado de diferentes maneras, en dependencia de las variables y constructos disponibles. La Figura 4 muestra los constructos y variables usados en función de las variables estudiadas. La edad y la salud fueron considerados indicadores del contexto y estresores antecedentes. Los constructos de espiritualidad y apoyo social fueron considerados como representaciones de recursos personales internos y externos que moderan el efecto de los estresores. El constructo del auto-cuidado fue representado como el indicador de las estrategias o conductas de adaptación proactiva que funciona como variable medidora del efecto sobre la variable resultado y la satisfacción con la vida como variable resultado en el contexto del modelo PCP.

Figura 5. Modelo teórico PCP



Fuente: Basado en modelo PCP de Kahana, Kahana y Lee (2014)

En el caso particular del segundo SEM probado, se incluyeron cinco variables latentes (salud percibida, espiritualidad, apoyo social, autocuidado y satisfacción con la

vida) cada uno con sus respectivos indicadores y una variable observada (edad). Los parámetros de las variables latentes fueron considerados con atención, como se muestra en la Figura 3 (p.61) donde se especifican las 5 variables latentes con sus respectivos indicadores, un total de 52 variables observadas. Este número resultó excesivo dado el tamaño de la muestra de Costa Rica. Por lo tanto, se siguió la misma estrategia del primer modelo SEM, utilizando menos indicadores en cada constructo o variable latente empleando parcelas de ítems.

En este caso tal cual se muestra en la Figura 5, la variable latente de salud percibida original tenía cuatro indicadores. Cada paquete es la combinación de dos ítems. En el caso de la espiritualidad tenía 3 parcelas, como indicadores, de la misma manera cada parcela tenía la combinación de dos ítems de la escala original. Por su parte el apoyo social fue medido con dos indicadores, apoyo social con la escala de Lubben (unidimensional) y dos dimensiones de la escala de apoyo social con la escala de Duke: apoyo confidencial y apoyo afectivo. Por su parte la variable autocuidado, se conformó de tres indicadores, las tres dimensiones de la escala de autocuidado: físico, interno y social. Finalmente, la satisfacción con la vida, fue medida con cinco ítems de la escala original asociada a la satisfacción con la vida presente (no se hicieron parcelas). En total esta estrategia de análisis permitió pasar de 52 variables observadas a 19 indicadores.

Como se describió anteriormente, se utilizaron paquetes de ítems para construir los modelos de las variables latentes de cada SEM probado. La construcción de parcelas de ítems implica hacer promedios de dos o más ítems, utilizando estos promedios como unidad básica de análisis en los SEM. Las parcelas de ítems han sido recomendadas en análisis de ecuaciones estructurales cuando existen escalas con muchos ítems y muestras pequeñas como el caso de la muestra de Costa Rica (Little, Rhemtulla, Gibson & Schoemann, 2013). Ofrecen a su vez parsimonia respecto al tamaño muestral para asegurar poder estadístico (Yang, Nay & Hoyle, 2010). Las parcelas incrementan la fiabilidad de los indicadores (Kishton & Widaman, 1994). En simulaciones con el método Monte Carlo se han probado la eficiencia de las parcelas de ítems (Nasser & Wisenbaker, 2003). Aun así, Bandalos & Finney (2001) indican tener precaución con respecto al uso de las parcelas,

estas deben ser usadas solo cuando las escalas tienen una estructura unidimensional, cuando se comprueba produce resultados adecuados.

c. Criterios de ajuste utilizado en los SEM

En ambos SEM se utilizó Mínimos Cuadrados Ponderados corregidos por Media y Varianza, o por sus siglas en inglés WLSMV como método de estimación cuando se manejan indicadores/variables no normales y de naturaleza ordinal. Para el manejo de datos perdidos se utilizó el procedimiento Full Information Maximum Likelihood (FIML), recomendado para análisis con SEM (Finney & DiStefano, 2013) en algunas variables con datos perdidos con más del 5%. Como criterios de ajuste del modelo se tomaron en cuenta los siguientes: CFI superior a .90 (mejor si supera .95) el RMSEA y Square Root Mean Residual (SRMR) menor a .05 (Marsh, Hau, & Wen, 2004).

d. Modelos SEM de invarianza

Una vez que los modelos estructurales fueron estimados en las dos muestras por separado y comprobado el mejor ajuste, fueron probados simultáneamente en cada muestra, es decir, se construyó una muestra anidada.

Adicionalmente, fue evaluado el ajuste de los modelos en función de la fuerza e interpretabilidad de los estimadores de los parámetros y la ausencia de grandes índices de modificación, que dan cuenta de si los indicadores eran o no iguales en ambas muestras.

Por lo tanto, una vez que cada SEM fue probado de forma separada en la muestra de Costa Rica y España, se probó la secuencia de modelos multi-grupo siguiendo el modelo de Wang y Wang (2012). La estimación de invarianza se prueba en varias fases incrementando la restricción de los parámetros en cada una de ellas. La rutina de la invarianza incluye los siguientes modelos: (a) modelo configural, prueba simultáneamente en las dos muestras los modelos estructurales de cada modelos descrito anteriormente, es necesario este paso para obtener un ajuste del modelo aceptable al igualar las cargas factoriales (al menos lograr invarianza parcial en las cargas factoriales) para poder hacer comparaciones de las muestras entre los efectos estructurales y las correlaciones entre las variables latentes (Byrne, 2012; Wang & Wang, 2012); (b) Modelo métrico de invarianza,

busca ajustar todas las cargas factoriales y covarianzas entre cada indicador y hacerlas iguales en ambas muestras, lo que quiere decir que son invariantes por país; (c) Modelo de coeficientes iguales, es el paso final que prueba el ajuste de la estructura de los coeficientes (los efectos entre los constructos/variables latentes) para igualarlos en ambas muestras. El modelo configural funciona como línea base en el que se prueban los siguientes pasos de ajustes de la rutina de invarianza. La invarianza métrica es requerida para comprobar si los coeficientes estructurales se pueden comparar (Kline, 2015). Finalmente, el modelo de coeficientes estructurales iguales/equivalentes prueba la hipótesis de si se sostienen los mismos efectos (relaciones entre constructos) en ambas muestras. Si el modelo final no se sostiene entonces las relaciones entre constructos tiene que liberarse (eliminarse) hasta que el modelo ajuste. Los modelos SEM con esta rutina de invarianza siguen la lógica de los modelos anidados.

Los modelos anidados pueden ser comparados con dos lógicas (Little, 1997), la estadística o la de modelado. El razonamiento estadístico emplea diferencias en la χ^2 ($\Delta\chi^2$) para comparar los modelos ajustados o no ajustados, si estos muestran valores no significativos es evidencia de equivalencia multigrupo o invarianza.

El acercamiento estadístico de la invarianza ha sido criticado (Cheung & Rensvold, 2002; Little, 1997, Little et al., 2013) por ser muy sensible, principalmente por su excesiva potencia estadística. Por ello varios autores han propuesto una lógica de modelado estadístico que utiliza los cambios prácticos en los índices de ajuste para determinar la idoneidad de los distintos modelos a comparar. Desde esta lógica, si un modelo es parsimonioso (como el que comprueba la invarianza), varios indicadores de ajustes son tomados en cuenta, para sostener la invarianza. El ajuste práctico en este caso es usualmente determinado por diferencias en el indicador CFI menores a .01 (Cheung & Rensvold, 2002; Boer et al., 2018) o .05 (Little, 1997) entre modelo y modelo, indicando así invarianza práctica.

Todos los análisis fueron hechos con el programa estadístico IBM SPSS, v. 20.0 (IBM Corp., 2011) y el programa Mplus 8.2 (Muthén & Muthén, 2016)

Capítulo 7

RESULTADOS

7.1 DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

Como se puede observar en la tabla 3 se describen los valores de cada variable en cada país. Para el caso de la muestra de Costa Rica todas las escalas tienden a puntuar en valores medios hacia el valor máximo de la escala, menos la escala de salud percibida que su interpretación es inversa, es decir a mayor puntaje mejores indicadores en cada variable y a menor puntaje en la escala mejor percepción de la salud. Las variables que medían el constructo del bienestar subjetivo hedónico como la satisfacción con la vida mostraron puntajes superiores a la media de la escala ($M= 3.9$, $DT= 0.93$) con poca variabilidad, para el caso del bienestar psicológico eudaimónico ($M= 3.5$, $DT= 0.93$) los datos se comportan de la misma forma. Las variables de apoyo social, indicaron un comportamiento similar; por su parte el indicador de apoyo social funcional ($M= 3.9$, $DT= 0.94$), el de red de apoyo ($M= 3.0$, $DT= 0.94$), y el de espiritualidad ($M= 4.5$, $DT= 0.68$), el de auto-cuidado ($M= 4.0$, $DT= 0.64$), finalmente el de salud percibida ($M= 2.2$, $DT= 0.84$) indicando mejor percepción de la salud en promedio en la muestra costarricense que en la española.

Para el caso de la muestra española los datos se comportaron de forma similar con leves variaciones, específicamente en la variable espiritualidad que reportan una leve diferencia en el caso de España con valores menores que en Costa Rica. Las variables que medían el indicador de bienestar subjetivo hedónico mostró puntajes superiores a los puntajes medios en la escala ($M= 3.7$, $DT= 0.85$) con poca variabilidad, para el caso del bienestar psicológico eudaimónico ($M= 3.4$, $DT= 0.39$) los datos se comportan de la misma forma. Las variables de apoyo social, indicaron un comportamiento similar el apoyo social funcional ($M= 3.6$, $DT= 0.84$), la red de apoyo ($M= 3.3$, $DT= 0.83$), la espiritualidad ($M= 3.1$, $DT= 1.13$), el auto-cuidado ($M= 3.6$, $DT= 0.65$), finalmente la salud percibida ($M= 2.4$, $DT= 0.59$) indicando mejor percepción de la salud en la muestra costarricense como se indicó anteriormente.

Tabla 3. Descriptivos de las variables psicosociales estudiadas por país

País	Variables	M	IC 95%	DT	E.E	Mínimo	Máximo	N
Costa Rica	Salud Percibida	2.2	2.07 - 2.27	0.84	0.05	1.0	4.8	282
	Red de Apoyo	3.0	2.81 - 3.11	0.94	0.06	0.7	7.3	279
	Apoyo Social Funcional	3.9	3.81 - 4.12	0.94	0.06	1.0	5.0	282
	Espiritualidad	4.5	4.34 - 4.56	0.68	0.06	1.0	5.0	150
	Autocuidado	4.0	3.93 - 4.08	0.64	0.30	1.8	5.0	279
	BP	3.5	3.41 - 3.56	0.46	0.03	1.0	5.0	280
	SCV	3.9	3.82 - 4.04	0.93	0.05	1.0	5.0	280
España	Salud Percibida	2.4	2.40 - 2.47	0.59	0.17	1.0	5.0	1159
	Red de Apoyo	3.3	3.23 - 3.33	0.83	0.03	0.0	5.0	1162
	Apoyo Social Funcional	3.6	3.56 - 3.66	0.84	0.03	1.0	5.0	1147
	Espiritualidad	3.1	3.02 - 3.15	1.13	0.03	1.0	5.0	1131
	Autocuidado	3.6	3.56 - 3.64	0.65	0.02	1.0	5.0	1147
	BP	3.4	3.34 - 3.38	0.39	0.01	1.0	4.7	1131
	SCV	3.7	3.66 - 3.76	0.85	0.03	1.0	5.0	1144

Nota: IC = Intervalo de confianza, DT = Desviación típica, E.E = Error estándar, M = Media., SCV= Satisfacción con la vida, BP= Bienestar Psicológico

7.2 CONSISTENCIA INTERNA

A continuación se muestran los coeficientes alfa de las escalas utilizadas asociadas a las variables estudiadas.

En la Tabla 4 se pueden ver que los indicadores en la muestra de Costa Rica mostraron puntajes mayores a .75 (Escala de Auto-cuidado) hasta .91 (Escala Espiritualidad) y en el caso de la muestra Española .78 (Auto-cuidado) hasta .93 (Espiritualidad). Mostrando así buenos comportamientos de consistencia interna en todas las escalas utilizadas en ambos países.

Tabla 4. Coeficientes Alfa de Cronbach de los indicadores utilizados

Variables/Subescalas	Costa Rica	España
Satisfacción con la vida temporal	.87	.88
Satisfacción con la vida pasada	.85	.83
Satisfacción con la vida presente	.90	.81
Satisfacción con la vida futura	.86	.86
Apoyo Social Funcional	.89	.89
Red de apoyo Familiares	.78	.80
Red de apoyo Amigos	.85	.84
Salud Percibida	.81	.84
Bienestar Psicológico	.76	.83
Autocuidado	.75	.78
Espiritualidad	.91	.93

Nota: Elaboración propia

7.3 VALIDEZ DE CRITERIO Y NOMOLÓGICA

Se establecieron evidencias de validez de criterio correlacionando las escalas entre sí, buscando relaciones lineales positivas o negativas significativas que den evidencias de que realmente se están midiendo constructos teóricos similares asociados al bienestar subjetivo, por lo que se parte de la correlación de la variable satisfacción con la vida con las demás variables en cada muestra estudiada. Así, las evidencias de validez nomológica se calcularon estableciendo correlaciones entre los indicadores estudiados; constructos que ha sido claramente asociados en la literatura con el envejecimiento con éxito. En la tabla 5 se muestran los datos ambas muestras.

Como se puede observar en ambas muestras las relaciones fueron estadísticamente significativas y positivas lo que da evidencia en la muestra de Costa Rica que conforme aumenta el indicador de satisfacción con la vida también así los valores en las escalas asociadas a relaciones sociales (Red de apoyo, $r = .228$, apoyo funcional, $r = .362$), autocuidado ($r = .228$) y espiritualidad ($r = .263$). En España, por su parte, las relaciones tuvieron un comportamiento similar conforme aumenta el indicador de satisfacción con la vida también así los valores en las escalas asociadas a relaciones sociales (Red de apoyo, $r = .379$, apoyo funcional, $r = .260$), autocuidado ($r = .338$) y espiritualidad ($r = .266$).

Finalmente se presentó en ambas muestras una relación negativa significativa entre la satisfacción con la vida y el indicador de salud percibida (Costa Rica, $r = -.158$, España,

$r = -.191$), ya que esta escala entre menos puntaje mejor salud percibida, lo que es congruente con mayores puntajes con la variable resultado asociada al bienestar subjetivo hedónico, como se esperaba.

Tabla 5. Correlaciones paramétricas entre el indicador de Bienestar Subjetivo y las variables de los modelos teóricos estudiados.

España	Variables	Apoyo			Salud	Auto-
		Red Apoyo	Funcional	Espiritualidad	Percibida	Cuidado
	R	.379	.260	.266	-.191	.338
Satisfacción	sig.	.000	.000	.000	.000	.000
con la vida	N	1142	1122	1127	1143	1133
Costa Rica	Variables	Apoyo			Salud	Auto-
		Red Apoyo	Funcional	Espiritualidad	Percibida	Cuidado
	R	.228	.362	.263	-.158	.228
Satisfacción	sig.	.000	.000	.001	.008	.000
con la vida	N	272	272	272	272	272

Fuente: elaboración propia

7.4 VALIDEZ DE CONSTRUCTO

A continuación se presentan los análisis factoriales confirmatorios (CFA) de las escalas estudiadas.

7.4.1. Escala de Satisfacción con la Vida Temporal (Bienestar hedónico)

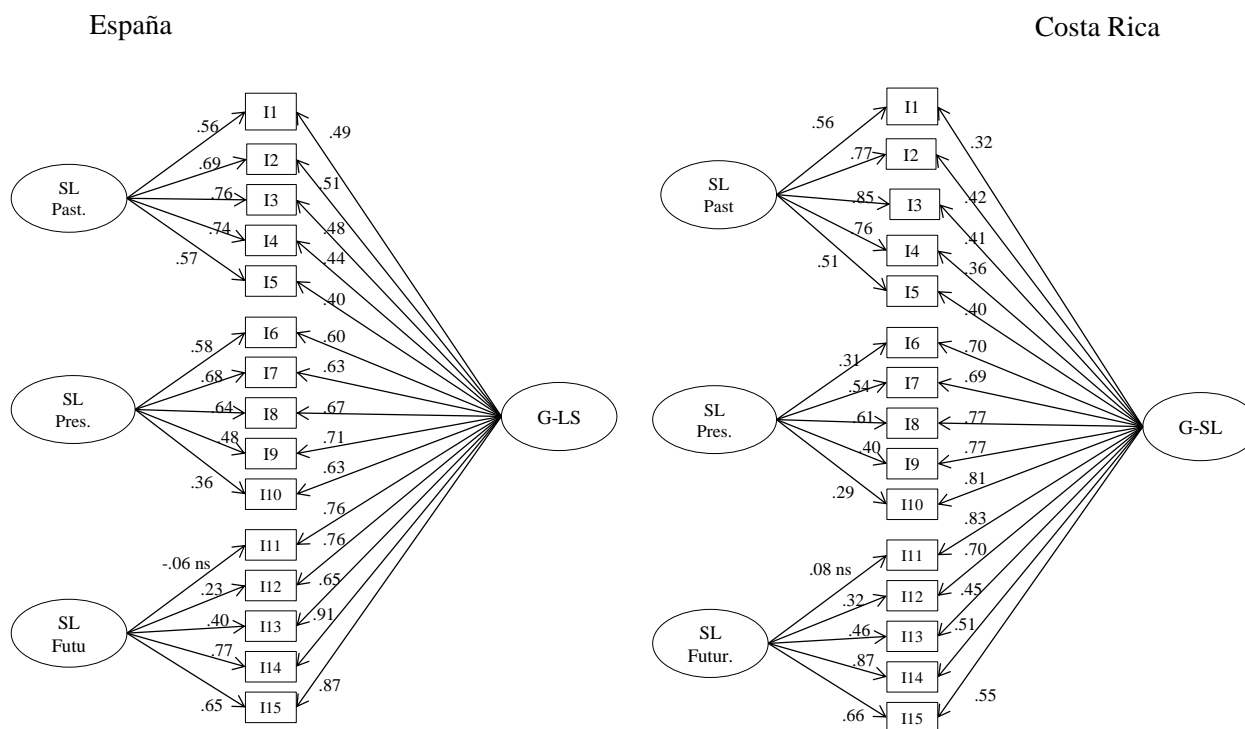
Se probó un modelo bifactorial (ver figura 6) en el que se comprueba el ajuste de un modelo de un solo factor de satisfacción con la vida y el modelo de tres factores (Satisfacción pasada, presente y futura) al mismo tiempo. El modelo mostró índices de ajuste que resultaron razonablemente buenos en ambas muestras. Para el caso de España ($\chi^2 = 978.468$, $gl = 295$, $p < .01$; CFI = .979; RMSEA = .057 [.053 - .061]) y para Costa Rica ($\chi^2 = 442.50$, $gl = 295$, $p < .01$; CFI = .986; RMSEA = .043 [.034 - .051]) (Ver tabla 7).

Las saturaciones o cargas factoriales estandarizadas se presentan en la figura 6. Solamente se evidenció una carga no significativa en ambas muestras para el ítem 11 asociado a la sub-escala de satisfacción con la vida futura, todos los demás ítems mostraron cargas estadísticamente significativas ($p < .05$). Sin tomar en cuenta el ítem 11, el rango de las cargas factoriales en el caso de la muestra española va de un mínimo de .23 a un

máximo de .77; en el caso de la muestra costarricense el rango de las cargas factoriales va de un mínimo de .29 a un máximo de .87

El promedio de las cargas estandarizadas del análisis factorial fue .51 (SD= .21) para España y Costa Rica .55 (SD=.20), como se ve ligeramente más alta en la muestra española pero igual de variables en ambos países. La relación con el factor general fue alta en ambos países e igual de variable, y las relaciones entre los dominios específicos también significativas estadísticamente e importantes en ambos países.

Figura 6. Cargas factoriales del modelo bifactor de TSLS por país



Nota: SL= Satisfacción con la vida. G-SL= Factor General de Satisfacción con la Vida. SL Past= Satisfacción con la vida pasada. SL Pres = Satisfacción con la vida presente. SL Futur = Satisfacción con la vida futura.

Los resultados se muestran muy similares en ambos países al comparar las correlaciones bivariadas entre las sub-escalas (ver tabla 6). Se evidencian correlaciones en la misma dirección pero con valores levemente menores en la muestra de Costa Rica.

Tabla 6. Correlaciones entre las dimensiones de TSLS por país

Costa Rica		Pasado_SL	Presente_SL	Futuro_SL
	Pasado_SL	1		
	Presente_SL	.391**	1	
	Futuro_SL	.319**	.605**	1
España		Pasado_SL	Presente_SL	Futuro_SL
	Pasado_SL	1		
	Presente_SL	.455**	1	
	Futuro_SL	.420**	.635**	1

Notas: TSLS=Temporal Satisfaction with Life Scale *p<.05. ** p<.01

Tabla 7. Índices de ajuste modelo de AFC de las escalas utilizadas por país

	Escalas	χ^2	Gl	P	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%	SRMR
España	Escala de Apoyo Social Funcional	813.184	43	<.001	.962	.125	.118 - .133	.043
	Escala de Red de Apoyo	2529.273	53	<.001	.854	.201	.190 - .207	.103
	Escala de Percepción de Salud	97.986	19	<.001	.977	.117	.094 - .140	.998
	Escala de Espiritualidad	210.020	9	<.001	.998	.141	.124 - .157	.016
	Escala de Satisfacción Temporal con la Vida	625.491	75	<.001	.986	.080	.074 - .086	-
	Auto-cuidado	508.540	24	<.001	.953	.186	.172 - .200	2.45
	Escalas	χ^2	Gl	P	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%	SRMR
Costa Rica	Escala de Apoyo Social Funcional	125.051	43	<.001	.981	.082	.066 - .099	.037
	Escala de Red de Apoyo	505.963	53	<.001	.889	.175	.161 - .189	.090
	Escala de Percepción de Salud	207.438	19	<.001	.936	.188	.165 - .211	.070
	Escala de Espiritualidad	21.031	9	<.001	.997	.094	.041 - .148	.022
	Escala de Satisfacción Temporal con la Vida	157.34	75	<.001	.991	.064	.050 - .078	-
	Auto-cuidado	101.576	24	<.001	.959	.151	.122 - .182	1.071

Nota: AFC = Análisis Factoriales Confirmatorios.

7.4.2. Escala de Apoyo Social Funcional

El modelo original de la escala de dos factores (Apoyo Funcional Confidencial y Social), mostró índices de ajuste que resultaron razonablemente buenos en ambas muestras, aún mejores para el caso de Costa Rica ($\chi^2 = 125.051$, gl= 43, p< .001; CFI= .981; RMSEA= .082 [.066 - .099], SRMR = .037) y en España ($\chi^2 = 813.184$, gl= 43, p< .001; CFI= .962; RMSEA= .125 [.118 - .133], SRMR = .043) (Ver tabla 7).

Las cargas factoriales estandarizadas se presentan en la tabla 9. Todos los ítems mostraron cargas estadísticamente significativas ($p < .001$). El rango de las cargas factoriales en el caso de la muestra española va de un mínimo de .506 a un máximo de .897; en el caso de la muestra costarricense el rango de las cargas factoriales va de un mínimo de .552 a un máximo de .893.

La relación entre sub-escalas (Confidencial y Social) fue alta y significativa en ambos países, en Costa Rica ($r = .880$, $p < .001$) y en España ($r = .849$, $p < .001$).

7.4.3. Escala de Red de Apoyo

El modelo original de la escala de dos factores (Apoyo Familiar y Apoyo de Amistades), mostró índices de ajuste que resultaron razonablemente buenos en la muestra de Costa Rica ($\chi^2 = 505.963$, $gl = 53$, $p < .001$; CFI = .889; RMSEA = .175 [.161 - .189], SRMR = .090), sin embargo, en la muestra de España no ajustó de eforma plenamente satisfactoria ($\chi^2 = 2529.273$, $gl = 53$, $p < .001$; CFI = .854; RMSEA = .201 [.190 - .207], SRMR = .103) (Ver tabla 7).

Las cargas factoriales estandarizadas se presentan en la tabla 9. Todos los ítems mostraron cargas estadísticamente significativas ($p < .001$). El rango de las cargas factoriales en el caso de la muestra española va de un mínimo de .634 a un máximo de .831; en el caso de la muestra costarricense el rango de las cargas factoriales va de un mínimo de .522 a un máximo de .900.

La relación entre sub-escalas (Familiares y Amistades) fue buena y significativa en ambos países, en Costa Rica ($r = .609$, $p < .001$) y en España ($r = .673$, $p < .001$).

7.4.4. Escala de Salud Percibida

El modelo original de la escala de dos factores (Salud Física y Mental), mostró índices de ajuste que resultaron razonablemente buenos en ambas muestras: en Costa Rica ($\chi^2 = 207.438$, $gl = 19$, $p < .001$; CFI = .936; RMSEA = .188 [.165 - .211], SRMR = .070); y en la muestra de España ($\chi^2 = 97.986$, $gl = 19$, $p < .001$; CFI = .977; RMSEA = .177 [.140 - .204], SRMR = .098) (Ver tabla 7).

Las cargas factoriales estandarizadas se presentan en la tabla 9. Todos los ítems mostraron cargas estadísticamente significativas ($p < .001$). El rango de las cargas factoriales en el caso de la muestra española va de un mínimo de .404 a un máximo de .953; en el caso de la muestra costarricense el rango de las cargas factoriales va de un mínimo de .541 a un máximo de .921.

La relación entre subescalas (Física y Mental) fue buena y significativa en ambos países, en Costa Rica ($r = .802$, $p < .001$) y en España ($r = .691$, $p < .001$).

7.4.5. Escala de Espiritualidad

El modelo original de la escala de un solo factor, mostró índices de ajuste que resultaron razonablemente buenos en ambas muestras, levemente mejor en la muestra de Costa Rica ($\chi^2 = 21.031$, $gl = 9$, $p < .001$; CFI = .997; RMSEA = .094 [.041 - .148], SRMR = .022), y en la muestra de España ($\chi^2 = 210.020$, $gl = 9$, $p < .001$; CFI = .998; RMSEA = .141 [.124 - .157], SRMR = .016) (Ver tabla 7).

Las cargas factoriales estandarizadas se presentan en la tabla 9. Todos los ítems mostraron cargas estadísticamente significativas ($p < .001$). El rango de las cargas factoriales en el caso de la muestra española va de un mínimo de .647 a un máximo de .966; en el caso de la muestra costarricense el rango de las cargas factoriales va de un mínimo de .775 a un máximo de .968.

7.4.6. Escala de Autocuidado

El modelo original de la escala de tres factores (físico, interno y social), mostró índices de ajuste que resultaron moderadamente aceptables en ambas muestras, para el caso de Costa Rica ($\chi^2 = 101.576$, $gl = 24$, $p < .001$; CFI = .959; RMSEA = .151 [.122 - .182], SRMR = 1.071) y para el caso de España ($\chi^2 = 508.540$, $gl = 24$, $p < .001$; CFI = .953; RMSEA = .186 [.172 - .200], SRMR = 2.45) (Ver tabla 7).

Las cargas factoriales estandarizadas se presentan en la tabla 9. Todos los ítems mostraron cargas estadísticamente significativas ($p < .001$) menos el ítem 9 en ambas

muestras. El rango de las cargas factoriales en el caso de la muestra española va de un mínimo de .318 a un máximo de .843; en el caso de la muestra costarricense el rango de las cargas factoriales va de un mínimo de .420 a un máximo de .920.

Tabla 8. Correlaciones entre las dimensiones del Autocuidado por país

Costa Rica		AU-Físico	AU-Social	AU-Interno
	AU-Físico	1		
	AU-Social	.346*	1	
	AU-Interno	.359 *	.423*	1
España		AU-Físico	AU-Social	AU-Interno
	AU-Físico	1		
	AU-Social	.407*	1	
	AU-Interno	.416*	.378*	1

Notas: AU= Autocuidado * $p < .001$

La relación entre sub-escalas fue moderada y significativa en ambos países, en Costa Rica la sub-escalas Física con Interna ($r = .359$, $p < .001$) y en España ($r = .416$, $p < .001$), las sub-escalas Física con Social en Costa Rica ($r = .346$, $p < .001$) y en España ($r = .407$, $p < .001$), y finalmente las sub-escalas Social con Interna en ($r = .423$, $p < .001$) y en España ($r = .378$, $p < .001$) (Ver tabla 8).

Tabla 9. Cargas factoriales estandarizadas/varianza explicada por ítem en cada país

Factores latentes de primer o segundo orden e indicadores		CR= β / R^2	ES= β / R^2	R=CR/ES
Salud Percibida	SF1	.871/.758	.789/.622	
Física	SF2	.921/.847	.905/.819	
	SF3	.760/.577	.953/.909	
	SF4	.541/.293	.749/.561	
Salud Percibida	SF5	.824/.680	.404/.164	
Mental	SF6	.790/.624	.778/.605	
	SF7	.848/.718	.683/.467	
	SF8	.696/.485	.917/.840	
R = CR/ES	Salud Percibida Física con Salud Percibida Mental			.802/.691

Análisis transcultural del bienestar subjetivo en personas mayores de Costa Rica y España
Mauricio Blanco-Molina

Continuación Tabla 9.

Factores latentes de primer o segundo orden e indicadores		CR= β / R ²	ES= β / R ²	R=CR/ES
Espiritualidad	ESP 1	.937/ .878	.966/ .934	
	ESP 2	.968/ .936	.968/ .938	
	ESP 3	.949/ .900	.955/ .911	
	ESP 4	.822/ .676	.923/ .851	
	ESP 5	.783/ .613	.647/ .418	
	ESP 6	.775/ .601	.776/ .603	
Apoyo funcional (Confidencial)	DK 1	.623/.388	.532/ .283	
	DK 2	.552/.304	.506/ .256	
	DK 6	.881/.777	.880/ .775	
	DK 7	.885/ .783	.897/ .805	
	DK 8	.813/.662	.841/ .706	
	DK 9	.722/.521	.733/ .538	
Apoyo funcional (Emocional)	DK 10	.811/.658	.804/ .647	
	DK 3	.716/.512	.622/ .387	
	DK 4	.887/ .787	.848/ .745	
	DK 5	.893/.798	.863/ .719	
	DK 11	.824/.680	.743/ .552	
	R = CR/ES	Apoyo Confidencial con Apoyo Social		.880/ .849
Red de Apoyo (Familiares)	LUBBEN 1	.579/.334	.643/.413	
	LUBBEN 2	.750/.563	.779/.606	
	LUBBEN 3	.733/.537	.800/.640	
	LUBBEN 4	.718/.516	.634/.402	
	LUBBEN 5	.900/.810	.789/.622	
	LUBBEN 6	.871/.758	.792/.628	
Red de Apoyo (Amistades)	LUBBEN 7	.522/.272	.737/.542	
	LUBBEN 8	.599/.359	.777/.603	
	LUBBEN 9	.585/.342	.805/.648	
	LUBBEN 10	.578/.334	.711/.505	
	LUBBEN 11	.834/.696	.831/.691	
	LUBBEN 12	.861/.742	.799/.639	
	R = CR/ES	Red Familiar con Red de Amigos		.609/.673
Auto-cuidado (Físico)	CUI 1	.420/.176	.318/.101	
	CUI 2	.520/.271	.496/.246	
	CUI 5	.729/.531	.734/.539	
Auto-cuidado (Social)	CUI 3	.657/.431	.521/.272	
	CUI 4	.588/.346	.550/.303	
	CUI 9	.029/.001ns	.001/.000ns	
Auto-cuidado (Interno)	CUI 6	.920/.847	.843/.711	
	CUI 7	.622/.387	.568/.322	
	CUI 8	.487/.238	.499/.249	

Notas: **Todas las cargas factoriales fueron significativas al ($p < .001$). * β = cargas factoriales estandarizadas / R² = varianza explicada por indicador * R = Correlación entre factores según escala por país. *CR = Costa Rica, ES = España.

7.5 Análisis de Ecuaciones Estructurales de los modelos de Envejecimiento con Éxito estudiados

7.5.1. *Modelo de bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico*

El primero modelo probado tal cual fue descrito en el apartado de la estrategia de análisis se mostró en la Figura 7, este modelo fue probado en cada muestra de forma separada y está basado en el modelo del bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico (Deci y Ryan, 2008; Diener y Ryan, 2009). El modelo ajustó bien tanto en la muestra Española $\chi^2(170) = 1008.2$, $p < .001$, CFI = .912, SRMR = .062, and RMSEA = .063 [90% CI = .059 - .068], como en la muestra costarricense: $\chi^2(170) = 444.8$, $p < .001$, CFI = .889, SRMR = .079, and RMSEA = .078 [90% CI = .069 - .086]. Una vez que fue probado un ajuste razonable por separado se especificó el modelo estructural multi-grupo para probar la invarianza estructural, entre ambos países.

El primer modelo multi-grupo, el SEM configural, como se describió en la metodología permite probar el mismo SEM en las dos muestras de forma simultánea, pero los parámetros son estimados libremente en cada muestra. Si este primer SEM se sostiene, significa que las relaciones presentan la misma estructura en las dos muestras, esto funciona como línea base de ajuste para los siguientes modelos a comprobar. Todos los modelos del proceso de comprobación de la invarianza se muestran en la tabla 10, todos los modelos mostraron buen ajuste.

El modelo anidado con todas las cargas factoriales definidas como iguales en ambas muestras, que se conoce como invarianza métrica debía sostenerse para continuar con la comprobación de la invarianza. El ajuste del modelo métrico de invarianza se muestra en la tabla 10. Este modelo ajustó bien, al no existir evidencias de diferencias significativas. El

indicador RMSEA incluso mejoró levemente con respecto al modelo configural. Con este paso, por lo tanto se pueden considerar las cargas factoriales iguales en ambas muestras.

Finalmente se probó que los coeficientes entre los constructos se definieron como iguales en ambas muestras. Se evidenciaron diferencias significativas entre este modelo y la invarianza métrica ($p < .001$), además las diferencias de ajuste práctico fueron casi irrelevantes. Sin embargo, el RMSEA, y especialmente, el SRMR mostró mal ajuste.

Debido a esto, se revisaron los Índices de Modificación, los cuales mostraron que solo tres coeficientes estructurales fueron estadísticamente diferentes entre las muestras. Por lo anterior, se volvió a correr un nuevo SEM en el cual donde se definió que todos las cargas factoriales y coeficientes estructurales eran iguales entre países, con la excepción de los efectos de la espiritualidad sobre la satisfacción con la vida, además de los indicadores de salud percibida y la edad sobre el bienestar subjetivo (los tres coeficientes estructurales que no mostraron invarianza entre las muestras). Este nuevo modelo mostró mejor ajuste que el anterior en el que se asumía invarianza en todos los coeficientes estructurales y cargas factoriales, además que todos los indicadores de invarianza métrica mostró diferencias estadísticas.

En resumen, este modelo mejora el ajuste final, asumiendo la invarianza en la mayoría de parámetros menos en los tres antes nombrados. Se muestran los parámetros estimados en la Figura 7. En la siguiente tabla se muestra el resumen de la rutina de invarianza.

Tabla 10. Índices de bondad de ajuste para el SEM anidado en la rutina de invarianza

Modelos	χ^2	Gl	p	$\Delta \chi^2$	Δdf	P	CFI	ΔCFI	RMSEA	90% IC	SRMR
Invarianza configural	1309.6	340	< .001	--	--		.901	--	.067	.063 - .071	.071
Invarianza métrica	1324.1	354	< .001	22.45	14	.070	.901	.000	.065	.062- .069	.077
Coeeficientes estructurales iguales	1382.9	364	< .001	64.50	10	< .001	.896	.005	.066	.062 - .070	.088
Con algunos coeficientes libres	1331.0	361	< .001	80.70	3	< .001	.901	.005	.065	.061 - .068	.077

Notas: * = $p < .05$; χ^2 = chi-cuadrada robusta; gl = grados de libertad; Δ = diferencias.

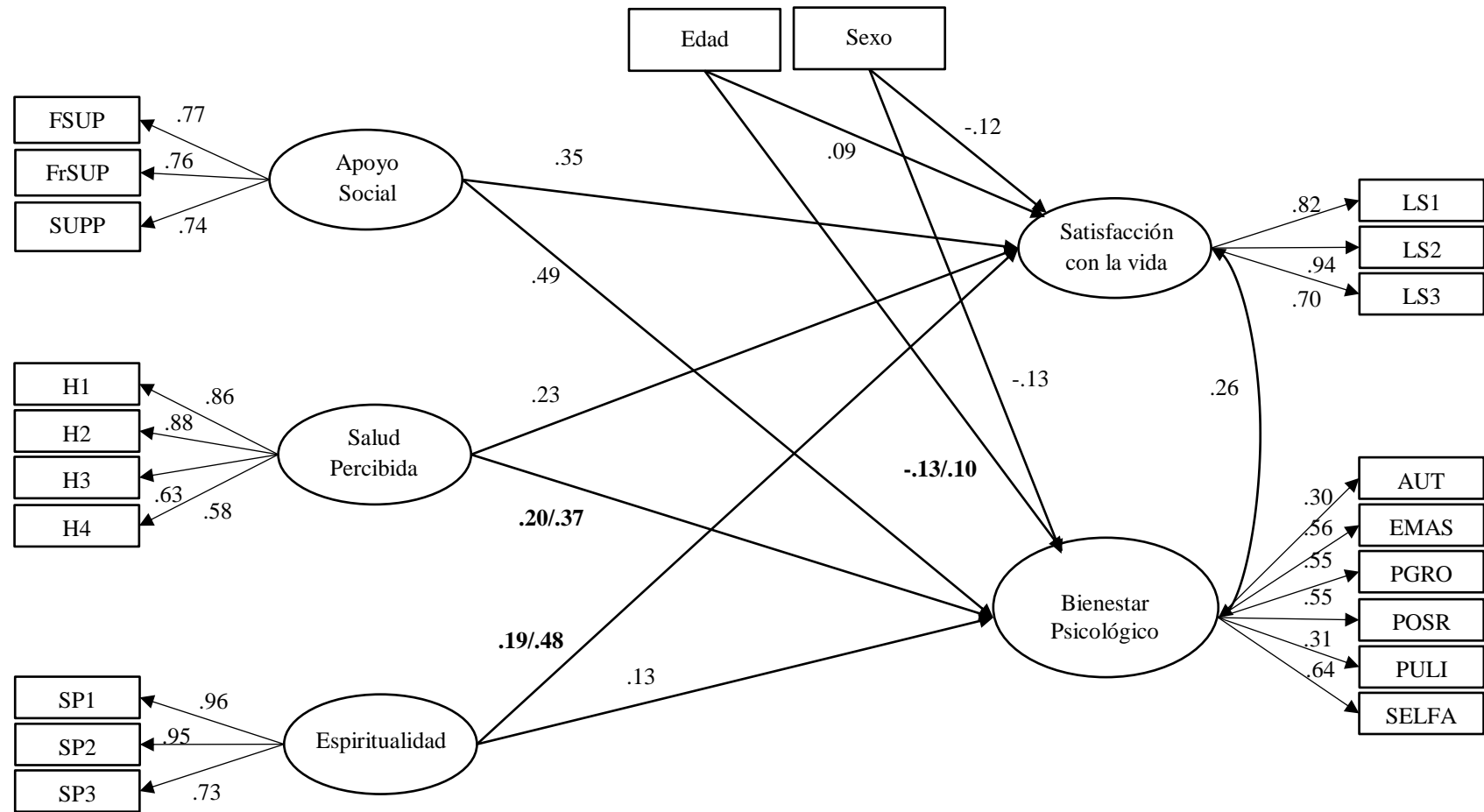
Las correlaciones entre las variables exógenas y latentes se muestran en la tabla 11 en ambas muestras.

Tabla 11. Correlaciones entre las variables exógenas en el SEM

País		Sexo	Edad	AS	SP	ES
España	Sexo	1				
	Edad	-.056ns	1			
	AS	.174**	-.126**	1		
	SP	-.089**	-.087**	.133**	1	
	ES	.138**	.150**	.251**	.029ns	1
Costa Rica	Sexo	1				
	Edad	.034ns	1			
	AS	.221**	.084ns	1		
	SP	-.003ns	-.038ns	.055ns	1	
	ES	.248**	.269**	.332**	.009ns	1

Notas: AS. Apoyo Social; SP. Salud Percibida; ES. Espiritualidad; ** $p < .01$.

Figura 7. SEM anidado con variables latentes que predicen el bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico.



Notas: Correlaciones entre variables endógenas y factores no son mostrados; cuando dos estimados son mostrados en la misma flecha, el primero corresponde a España y el segundo a Costa Rica. Todos los coeficientes estandarizados son significativos; FSUP= Apoyo Familiar; FrSUP= Apoyo Amistades; SUPP= Apoyo Social Funcional; SF1-SF8, ítems de salud percibida; SP1-SP6, espiritualidad; LS1-LS5, satisfacción con la vida; AUT= autonomía; EMAS= dominio ambiental; PGRO= crecimiento personal; POSR=relaciones positivas con otros; PULI= propósito en la vida; SELFA= auto-aceptación.

Como se ha mencionado, tres coeficientes fueron diferentes en ambas muestras, se pueden observar en la Figura 7 cuando en la misma flecha se presentan dos parámetros. Para el caso de la muestra española tres constructos presentaron efectos positivos y significativos en el bienestar hedónico y eudaimónico. La edad y el sexo, presentaron efectos pequeños y significativos sobre la Satisfacción con la Vida, y la edad mostró un efecto positivo y el sexo negativo (es decir, las mujeres presentaron menor puntaje en satisfacción con la vida que los hombres); con respecto al bienestar eudaimónico, también se evidenciaron efectos positivos en edad y negativos con el sexo. En total, los predictores explican 27.7% ($R^2 = .277$) de la varianza de la satisfacción con la vida y 38.4% ($R^2 = .384$) sobre el bienestar psicológico en la muestra española.

Por su parte la muestra de Costa Rica, la mayoría de los coeficientes estructurales fueron invariantes en los coeficientes estructurales. Sin embargo, se mostraron excepciones (ver Figura 7). El efecto de la espiritualidad sobre la satisfacción con la vida fue mayor en Costa Rica que en España ($R^2 = .19$ en España y $.48$ en Costa Rica). El mismo patrón mostró la salud percibida sobre el bienestar psicológico ($R^2 = .20$ en España y $.37$ en Costa Rica). Finalmente, también la edad tuvo efectos diferentes sobre el bienestar psicológico en ambos países, incluso en este caso en particular el signo del efecto cambió. Mientras el efecto de la edad sobre el bienestar psicológico en la muestra española fue negativo ($R^2 = -.13$), el mismo estimado en Costa Rica fue positivo ($R^2 = .10$). El porcentaje de varianza explicada de la muestra de Costa Rica sobre el indicador del bienestar hedónico fue de 53% ($R^2 = .53$), y la varianza explicada en indicador eudaimónico fue de 39.3% ($R^2 = .393$).

7.5.2. Modelo integrador del envejecimiento con éxito de Kahana y Kahana

El modelo puesto a prueba es el presentado en la Figura 8 anteriormente en el apartado de metodología, es basado en el modelo original PCP de Kahana y Kahana (1996). El modelo parte que todos los constructos afectan la variable resultado, por lo que se define como un modelo mediador parcial, ya que los constructos tienen potenciales efectos sobre la satisfacción con la vida (variable resultado) a través de mediadores (efectos indirectos) y de manera directa. El modelo fue probado primero en cada muestra por separado.

En ambas muestras el modelo mostró buen ajuste, en España $\chi^2(141)= 1149.71$, $p<.001$, RMSEA= .081 con 90% CI of .077-.085, and CFI= .945. Solamente dos parámetros estimados fueron estadísticamente no significativos ($p>.05$) el efecto de la edad sobre espiritualidad y el efecto de la salud percibida sobre apoyo social. Por su parte en la muestra de Costa Rica el modelo ajustó de la siguiente manera $\chi^2(141)= 452.03$, $p<.001$, RMSEA= .087 con 90% CI of .080-.098, and CFI= .934. Y al igual que en el caso de la muestra española, se evidenciaron dos parámetros no significativos, el efecto de la edad sobre espiritualidad y el efecto de la salud percibida sobre el apoyo social. Por lo que se especificó nueva mente el modelo en ambas muestras definiendo en cero estos dos parámetros. Este último modelo de la misma forma se probó por separado en ambas muestras. En este caso el ajuste mejoró en ambas muestras en España ($\chi^2(143)= 933.71$, $p<.001$, RMSEA= .071 con 90% CI of .067-.076, and CFI= .957) y en Costa Rica ($\chi^2(143)= 407.07$, $p<.001$, RMSEA= .082 con 90% CI of .073-.092, and CFI= .943).

En la Figura 8 se presentan las cargas factoriales estandarizadas y su respectivo significancia estadística por país. En la Tabla 12 se presentan el resumen de indicadores de bondad de ajuste de cada modelo probado.

Tabla 12. Índices de bondad de ajuste de los modelos probados en cada país./

Modelo 1	χ^2	Gl	P	CFI	RMSEA	90% CI
Costa Rica	452.03	141	< .001	.934	.087	.080 - .098
España	1149.71	141	< .001	.945	.081	.077 - .085
Modelo 2	χ^2	Gf	P	CFI	RMSEA	90% CI
Costa Rica	407.07	143	< .001	.943	.082	.073 - .092
España	933.71	143	< .001	.957	.071	.067 - .076

Notes: * = $p<.05$; χ^2 = Chi-cuadra; gl = grados de libertad. Modelo 1: Modelo original PCP.

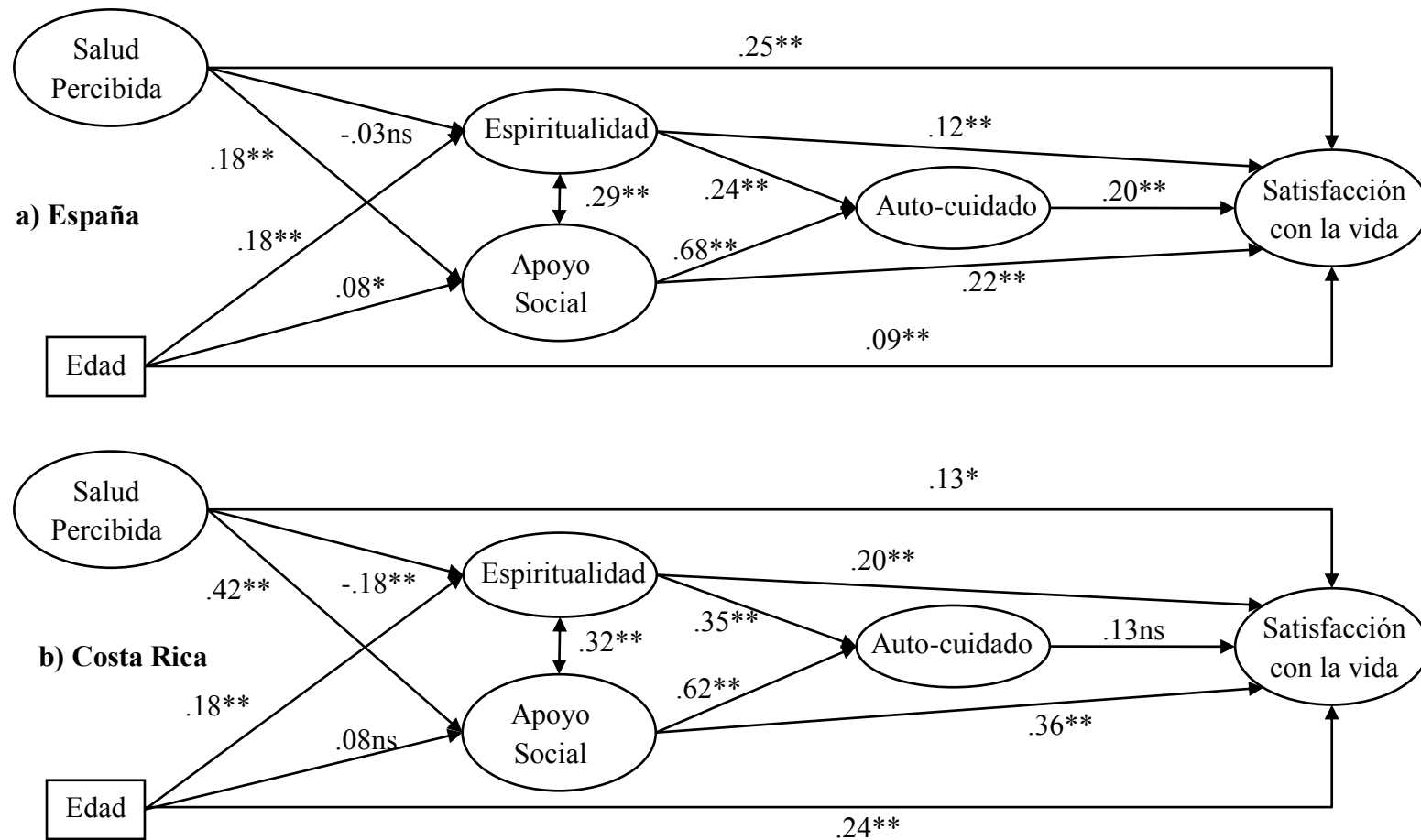
Modelo 2: Se especifica en cero el efecto de la edad sobre la espiritualidad y el efecto de la salud sobre apoyo social.

Una vez que este último modelo ajustó razonablemente bien, se llevó a cabo la rutina de invarianza. El primer modelo que implica igualar las cargas factoriales ajustó bien: $\chi^2(322)= 1486.62$, $p<.001$, RMSEA= .073 con 90% CI of .069-.077, and CFI= .948.

Luego toda las covarianzas y los efectos estructurales fueron definidos como iguales entre las muestras y este modelo más parsimonioso también ajustó aún mejor que el primer modelo: $\chi^2 (332) = 1365.74$, $p < .001$, RMSEA = .068 con 90% CI of .064-.071, and CFI = .954.

Se presentaron diferencias estadísticas significativas en el chi-cuadrado que favorece el modelo parsimonioso ($\Delta\chi^2 (10) = 35.38$, $p = .001$). Estos resultados apoyaron la idea que el modelo PCP ajusta bien en ambas muestras en el mismo grado como primera evidencia concreta de la invarianza empírica.

Figura 8. Estimados estandarizados del modelo PCP en ambas muestras



Finalmente, se combinaron ambas muestras en una sola base de datos y se probó el mismo modelo, indicando mejores indicadores de ajuste que los anteriores, $\chi^2(143)=1522.15$, $p<.001$, RMSEA= .084 con 90% CI of .080-.088, and CFI= .936. Las cargas factoriales estandarizadas se muestran en la Figura 9 y Tabla 13 muestra los índices de bondad de ajuste de los modelos anidados de la rutina de invarianza.

Adicionalmente, los efectos indirectos sobre la satisfacción con la vida (variable resultado de modelo PCP) mostraron relaciones significativas Espiritualidad ($\beta=.28$, $p=.002$) y apoyo social ($\beta=.63$, $p<.001$) afectaron la satisfacción a través del autocuidado. La edad ($\beta=.12$, $p<.001$) y la salud percibida ($\beta=.21$, $p<.001$) también tuvo efectos indirectos sobre la satisfacción con la vida a través de la espiritualidad y apoyo social.

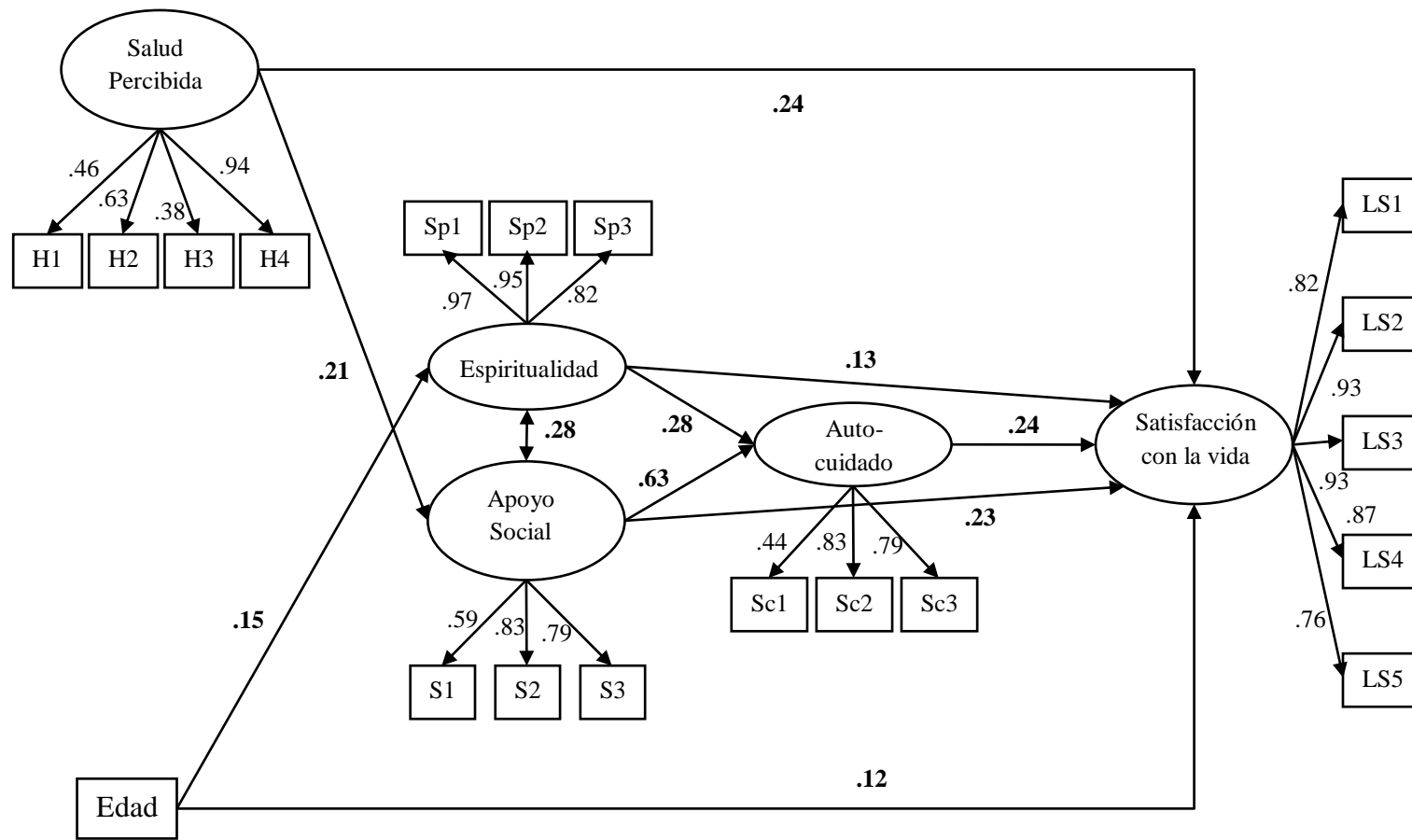
En resumen, los efectos directos e indirectos en el modelo, explicaron 2,1% de la varianza en la variable espiritualidad, 4.4% de la varianza en el apoyo social, 58.4% de la varianza sobre el autocuidado y finalmente 36.2% sobre la variable resultado del modelo, la satisfacción con la vida.

Tabla 13. Índices de bondad de ajuste de los modelos anidados en la rutina de invarianza

Model	χ^2	gl	P	$\Delta \chi^2$	Δdf	p	CFI	ΔCFI	RMSEA	90% CI
Invarianza C	1486.62	322	<.001	-	-	-	.948	-	.073	.069-0.77
Invarianza M.	365.74	32	.001	5,38	0	.001	.954	.006	.068	.064-0.71
Modelo final MA	1522.15	143		-	-	-	.936	-	.084	.080-.088

Notas: * = $p<.05$; χ^2 = Chi-cuadrado; gl = grados de libertad; Δ = diferencias. C= Configural, M = Métrica, MA=Muestras Anidadas

Figura 9. Estimados estandarizados del modelo anidado PCP final.



Nota: Todos los parámetros estimados fueron significativos ($p < .001$)

Capítulo 8

DISCUSIÓN

El siguiente apartado se desarrolla con el propósito de discutir los resultados encontrados a partir de las estrategias de análisis desarrolladas para el cumplimiento de los objetivos y las hipótesis planteadas. El apartado se organiza de la siguiente manera siguiendo la lógica recomendada por Boer et al. (2018) en el uso de la reducción de errores en la comprobación de hipótesis transculturales planteadas los objetivos y en las hipótesis de la presente investigación.

Primero, se inicia con la discusión de las evidencias psicométricas de las escalas y constructos asociados al objetivo específico 1, referido a la equivalencia de las medidas, hipótesis 1. Luego se discuten las evidencias de la comprobación las hipótesis 2 y 3 mediante los análisis de ecuaciones estructurales por país y luego aquellos que comprueban la invarianza entre países de los modelos de envejecimiento con éxito estudiados, asociados a la equivalencia de los constructos en la reducción de errores planteados por Boer et al. (2018), y finalmente supeditados al cumplimiento de los objetivos específicos 2 y 3.

Antes de iniciar con la discusión respectiva de los resultados encontrados, se debe señalar la importante labor que se ha realizado en esta tesis doctoral respecto a la reducción de errores de método en estudios transculturales recomendados por Boer et al. (2018), específicamente en las características de las muestras estudiadas y los métodos y procedimientos de recolección de datos (mismos procedimientos de recolección e instrumentos), en el ejercicio de que tuviera sentido su comparabilidad.

Como primer argumento recordamos el escepticismo de la generalización de la psicología transcultural, al justificar la selección de la muestra basada en dos hipótesis utilizadas en esta tesis, una es la relacionada dicotomía individualismo y colectivismo (Guimarães, 2018; Borghi & Fini, 2019), en específico, al trabajar con dos culturas históricas de naturaleza colectivista sin negar que existan tendencias actuales marcadas al individualismo en ambas culturas, discusión que se retomará en el apartado de discusión de los resultados de los modelos estructurales probados en esta tesis. Como segundo aspecto de comparabilidad entre las muestras, se rescata la hipótesis lexicográfica (John, Angleitner & Ostendorf, 1998, citado por Piedmont, 2007) al comparar dos muestras que comparten un mismo idioma, ya que el idioma es algo específico cultural, a partir de esta premisa, es posible dar evidencia que los hallazgos son específicos o universales a las culturas estudiadas en esta tesis. Finalmente, y no separado a estos

argumentos se debe recordar la homogeneidad de las muestras, ambas parten de programas universitarios para mayores, en su mayoría mujeres, casadas y como medias de edad muy similares. Por todo lo dicho anteriormente se considera que los posibles errores aducidos al método en esta tesis se han reducido considerablemente. A continuación, se discuten los resultados respectivos al cumplimiento del objetivo específico 1.

8.1 VALIDEZ TEÓRICA Y DE MEDIDA DE LOS COMPONENTES SUBJETIVOS DEL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO ESTUDIADOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE COSTA RICA Y ESPAÑA.

Cumplimiento objetivo específico OE1:

Identificar el comportamiento psicométrico de las medidas asociadas a los indicadores subjetivos de los modelos analizados comparando entre muestras de los dos países.

8.1.1 BIENESTAR SUBJETIVO

Cumplimiento subobjetivo específico OE1.1:

Identificar el comportamiento psicométrico de la escala de satisfacción con la vida desde la visión en las muestras de los dos países.

Como se ha conceptualizado en el marco teórico las dos tradiciones del bienestar subjetivo han sido dos la hedónica y eudaimónica (Deci & Ryan , 2008; Diener & Ryan, 2009; Diener Napa-Scollon & Lucas 2009), en esta investigación se utilizaron dos indicadores clásicos asociados a estas dos tradiciones del bienestar; para el caso del bienestar hedónico se utilizó el indicador de satisfacción con la vida y para el eudaimónico, el bienestar psicológico.

a. BIENESTAR PSICOLÓGICO

Frente a la concepción del bienestar subjetivo ligado a los conceptos de felicidad y satisfacción vital desde la visión hedónica, se ha afianzado una concepción, denominada Bienestar Psicológico, la cual se interesa por indagar el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras cómo las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir lo que se desea. Se puede considerar como el proceso y la consecución de valores que permiten el crecimiento personal y no solamente ligado a actividades que otorgan placer o alejan del dolor (Ryan & Deci, 2001a; Ryff, 1989b).

Tal y como se ha planteado, Ryff y Keyes (1995), conceptualizan el bienestar en dos componentes: el bienestar subjetivo, que es la evaluación de la vida en términos de satisfacción y equilibrio entre el afecto positivo y negativo; y el bienestar psicológico que conlleva la percepción de compromiso con los desafíos existenciales de la vida.

Ryff y Keyes (1995) plantean un modelo con seis factores predictores del bienestar psicológico que ha sido puesto a prueba en distintos momentos y contextos, y luego una revisión revisada por Ryff y Singer (2006) donde revisan nuevamente. Por su parte, Springer y Hauser (2006) plantearon serias dudas sobre la validez de este modelo, con resultados que mostraron cuatro de las seis dimensiones iniciales (crecimiento personal, propósito en la vida, auto-aceptación y dominio del entorno) sugieren empíricamente ser una sola dimensión. En el estudio de Abbott et al. (2006), se discute una dimensión adicional de segundo orden subyacente a las cuatro dimensiones antes mencionadas inspirándose en el modelo sugerido por Springer y Hauser (2006). Por su parte, van Dierendonck et al. (2008), investigó la validez factorial de los seis factores originales de la escala del bienestar psicológico de Ryff en una muestra combinada de España y Colombia, utilizando una medida alternativa de bienestar acortada sugerida por van Dierendonck (2004) y traducida al español, confirmaron los seis factores, tal y como planteaban Ryff y Singer (2006) en un principio. Además, los resultados no replicaron la sugerencia de Abbott et al. (2006) de un factor de segundo orden subyacente sólo a cuatro de las seis dimensiones. Estos autores finalmente concluyeron que parece ser que especialmente si se usan las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en diferentes culturas, es recomendable mantener las seis dimensiones intactas para así poder obtener una visión más completa del constructo de bienestar psicológico, tal y como plantea el modelo de Ryff, porque se corre el riesgo de perder información valiosa.

En este sentido, este instrumento con una estructura factorial de seis factores y desarrollado por Ryff es uno de los más replicados en diferentes contextos, y se han realizado diferentes versiones de distinta longitud de las escalas de Ryff (Keyes et al., 2002; Ryff, 1989b; Ryff y Keyes, 1995b; Van Dierendonck, 2004).

En el contexto español, diferentes estudios han utilizado estas escalas como base para la investigación empírica del bienestar en el envejecimiento (Navarro, Meléndez, y Tomás, 2007), encontrándose índices aceptables de fiabilidad para las escalas, aunque también indican que éstas, en su versión de 14 ítems por factor, son demasiado extensas tanto para su aplicación como para la obtención de una estructura factorial adecuada. Además, se verifica la necesidad de realizar análisis confirmatorios de las distintas versiones para comprobar su estructura (Calatayud, 2016; Satorres, 2013).

Dentro de estos estudios, el trabajo de Díaz et al. (2006) en población española, probó diferentes modelos para verificar la estructura más aceptable para la escala. La escala original fue adaptada a la población española en su versión no reducida de 39 ítems por Díaz et al. (2006). Básicamente, el objetivo de este trabajo era adaptar la versión española de Van Dierendonck (2004) y analizar su consistencia y validez factorial.

En lo que respecta a los hallazgos de la presente investigación, al ser la primera vez que se compara estos indicadores en una muestra española y costarricense, se encontraron interesantes resultados que deben ser profundizados, en específico en la indagación de la estructura factorial original de los seis factores, aunque se evidenciaron buenos indicadores de fiabilidad en ambas muestras, el análisis factorial confirmatorio no mostró buenos índices de ajuste en ninguna de los países. Se evidencia así, como se ha dicho anteriormente que la estructura de la escala no sostiene los seis factores como en el estudio de van Dierendonck (2004), por lo que se sugiere revisar cómo se agrupan los ítems con análisis exploratorios para plantear otra posible estructura en indagaciones futuras. Sin embargo, no se adoptaron en esta investigación siguiendo las recomendaciones de Abbott et al. (2006) sobre mantener la estructura original de la escala.

Por ejemplo van Dierendonck (2004) propuso para mejorar las propiedades psicométricas, una nueva versión reducida, generaron una propuesta de 29 ítems, para facilitar la aplicación. Las escalas de la nueva versión mantienen y aumentan su

consistencia interna según este autor. Por otra parte, también Tomás, Meléndez y Navarro (2008) y Tomás, Meléndez, Oliver, Navarro y Zaragoza (2010), han estudiado la estructura factorial de la escala, concretamente con muestras de personas jubiladas, se probó de forma exhaustiva todos los modelos factoriales confirmatorios encontrados en la literatura para la escala, mediante análisis factorial confirmatorio, y concluyendo que el de mejor ajuste fue el de seis factores original de los autores de la escala. Igualmente, Villar et al. (2010), desarrollaron una escala simplificada seleccionando 22 ítems y agrupándolos en cuatro componentes (Autoconfianza, Orientación a Presentar, Estrés y Tensión Social) para formar las Escalas Simplificadas de Bienestar de Ryff, en una muestra de adultos mayores en España y así evitar algunos problemas relacionados con la consistencia interna y la baja validez estructural. Obtuvieron unos valores de alpha de Cronbach entre .70 y .81 aunque los resultados extraídos de un análisis factorial confirmatorio no apoyaron ningún modelo factorial.

Por otro lado en el contexto latinoamericano, un estudio realizado por Véliz-Burgos (2012) realizado a 691 universitarios chilenos (Edad media= 21.4, D.T.=2.6) se prueba la Escala de Riff (1989) mostrando buen comportamiento en los indicadores de fiabilidad con Alfa de Cronbach, en sus seis dimensiones. También se realizó un análisis confirmatorio de modelo hexadimensional mostrando buen ajuste de la escala.

Por todo lo anterior, entendiendo que se trata de un constructo muy complejo, esta escala a pesar de sus dificultades psicométricas donde se evidencia buen ajuste en algunos estudios y malos en otros, resulta una buena herramienta, al ser la que tiene más evidencia de su efectividad en distintas poblaciones. Por otra parte, además da algunos criterios sobre el bienestar psicológico, incluso demuestra su utilidad al poder usar alguno de sus componentes y no toda la escala para comprobar hipótesis específicas, lo que resulta útil para indagaciones futuras al respecto. Por lo tanto, su uso debe considerarse con cautela.

B. SATISFACCIÓN CON LA VIDA

La escala utilizada en este investigación fue la escala temporal de satisfacción con la vida (Temporal Satisfaction with Life Scale, TSLS) fue desarrollada por Pavot, Diener y Suh (1998). La escala fue creada tomando como punto de partida los 5 ítems

de la escala original de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985).

En general, dicha escala ha mostrado propiedades psicométricas favorables en diversas poblaciones y contextos culturales, entre ellos el de Estados Unidos (Pavot & Diener, 2008; Pavot, Diener, Colvin & Syvik, 1991; Tucker, Ozer, Lyubomirsky & Boehm, 2006); asiático (Bai, Wu, Zheng & Ren, 2011; Sachs, 2003; Ye, 2007); holandés (Arrindell, Heesink & Feij, 1999); noruego (Clench-Aas, Nes, Dalgard & Aarø, 2011); alemán (Glaesmer, Grye, Braehler & Roth, 2011); portugués (Sancho, Galiana, Gutiérrez, Francisco & Tomás, 2014), español (Atienza, Balaguer & García-Merita, 2003; Atienza et al., 2000) Argentino (Casullo & Castro-Solano, 2000; Castro-Solano, 2011), Mexicano (Padrós-Blázquez, Gutiérrez-Hernández & Medina-Calvillo, 2015) costarricense (Blanco-Molina & Salazar-Villanea, 2014); También se ha validado en muestras de personas adolescentes mostrando buenas propiedades psicométricas, aunque con alguna variación (Mcintosh, 2001; Proyer, Gyer, & Wyss, 2011; Sailer et al., 2014; Ye, 2007). Diener et al. (2013) concluyen que la escala de satisfacción con la vida, ofrece una alta fiabilidad y consistencia interna adecuada en muchas culturas y recomiendan su uso siempre y cuyo se comprueba su funcionamiento.

La escala TSLS se interesa por evaluar los cambios producidos a lo largo del tiempo en este constructo, al evaluar la satisfacción con la vida en el pasado, presente y futuro, pues entienden que la inclusión de la especificidad temporal puede ayudar al entrevistado a centrar su atención en un marco de tiempo específico y, por lo tanto, reducir el potencial de error de medición (Ye, 2007).

Además, Galiana, et al. (2015) informan que esta escala puede resultar muy interesante en la investigación aplicada, en la que distintas condiciones pueden afectar (o ser afectadas por la Satisfacción con la vida pasada, presente y futura (esperada). En este sentido, Sailer et al. (2014), advierten que la perspectiva temporal puede ser influenciada por actitudes, comportamientos y objetivos, pues los seres humanos anclamos los sucesos y experiencias al tiempo para darles sentido y continuidad.

Los datos analizados en las muestras costarricense y española, muestran una clara estructura factorial, adecuadas puntuaciones de confiabilidad, y buena validez en las muestras estudiadas. La validez factorial de la TSLS fue probada con modelos factoriales confirmatorios (CFA). El modelo bi-factorial mostró el mayor ajuste en las

muestras de ambos países. En este modelo se definen cuatro factores no correlacionados de la TSLS: una sola dimensión de la Satisfacción con la Vida, más tres dimensiones pasado, presente y futuro en la medición de la satisfacción. Así, el presente trabajo proporciona evidencia de cuánta de la varianza del constructo medido se debe a una dimensión estable de la satisfacción con la vida y cuánta se debe al dominio temporal y sus dimensiones específicas, lo que podría dar evidencias de la estabilidad del envejecimiento entre culturas (países estudiados) y su particularidad en población mayor.

Por consiguiente, se han tomado así en cuenta las preocupaciones expresadas por Pavot y Diener (1993) que apuntaban que la SWLS podría tener dos diferentes significados de satisfacción con la vida, uno independiente del tiempo. Es decir, una gran parte de la varianza en la satisfacción con la vida se predice por un rasgo estable. Y un segundo, aquellos con criterio temporal, los ítems más precisos son aquellos que corresponden a la satisfacción con la vida pasada, lo que aporta importantes implicaciones teóricas. Por ejemplo, en estudios previos en poblaciones jóvenes la evaluación de la vida pasada, tiende a ser peor que la presente y futura, como una explicación de autocomplacencia que permite sostener una visión positiva de la vida futura que incide en una mejor adaptación con la vida presente (Busseri et al., 2009). Pareciera que en el caso de la población estudiada puede estar en juego otra lógica que permita explicar el bienestar subjetivo hedónico durante la vejez. Tercero, los resultados pueden señalar el posible error en la conceptualización de la satisfacción la que ya aludían los autores de la escala, Pavot y Diener (1993); es decir, los significados mixtos del SWLS debido a diferencias temporales de la satisfacción con la vida en los ítems estaban efectivamente presentes, ya que el porcentaje de varianza explicada por las dimensiones temporales no es despreciable.

Las cargas factoriales para el indicador general de la satisfacción con la vida fueron amplias, eso implica que la validez factorial de la TSLS basados en el estudio antecedente de Tomás et al. (2016) se sostiene al realizar los análisis con dos muestras similares pero de contextos distintos. En cuanto a las cargas de los factores del eje temporal, éstas variaban de manera diferente: las cargas de la dimensión pasada variaban de .55 a .77 en la muestra española y .29 a .87 en la muestra costarricense, mostrando valores mayores, mientras que las dimensiones presente y futura exhibían cargas factoriales ligeramente menores. Las cargas más bajas para los ítems de la

satisfacción presente y futura indican un menor poder discriminante de estos elementos en comparación con ítems de la satisfacción pasada. En otras palabras, la percepción global de la satisfacción con la vida en las muestras estudiadas está más relacionada con lo que pasó en lugar de con lo que sucede o podría suceder, aspecto que apunta a la dificultad de contar con expectativas hacia el futuro en la población mayor. Estos aparentes resultados sugieren nuevas preguntas para futuras indagaciones al respecto; por ejemplo ¿son los ejes temporales de la satisfacción presente y futura más sensibles o proclives al error que el eje de la satisfacción de la vida pasada durante la vejez? Esto resulta importante contemplarlo a la luz de diferencias culturales del constructo y así generar hipótesis futuras al respecto.

Por otro lado, los análisis dan evidencia de buenos niveles de consistencia interna para la escala total, así como para las dimensiones temporales en ambas muestras. Resultados similares a estos han sido encontrados por Proyer, Gyer, Wyss y Ruch, (2011) en la adaptación alemana con mujeres, encontrando alphas de .90, .88, y .88 para satisfacción pasada, presente y futura respectivamente; también son similares a los encontrados en la muestra de estudiantes suecos estudiados por Sailer, Rosenberg, Nima, Gamble, Gärling et al. (2014), con puntuaciones alfas de .86, .93, y .88. En los estudios de validación de la escala realizados por MacIntosh (2001) y en una muestra universitaria de China (Ye, 2007) no se presentan datos de consistencia interna que permitan comparar con los de esta investigación, como tampoco en el estudio original de la escala. Como se pudo ver, las evidencias psicométricas reportadas fueron calculadas desde el marco de la Teoría Clásica de los Test. En revisiones futuras resultaría importante probar los resultados encontrados desde otros acercamientos como la Teoría de Respuesta del Ítem que aumenten la solidez psicométrica de la TSLS.

El presente estudio, da evidencia de dos criterios adicionales: un factor único de la satisfacción general con la vida como en el estudio de Ye (2007), junto con el Cuestionario Funcional de Apoyo Social de Duke-UNC-11 (Broadhead et al., 1988). Los resultados encontrados se alinean con estudios previos, con evidencia de significancia estadística, correlaciones altas y positivas entre las dimensiones temporales de la satisfacción con la vida y el indicador único de satisfacción, especialmente indicadores altos de la correlación de la dimensión general de la escala con el indicador único de satisfacción con la vida.

La evidencia clara de relaciones se muestra también en el análisis de ecuaciones estructurales para la muestra española, donde las demás relaciones fueron bajas y no significativas (por ejemplo, con la dimensión de la satisfacción futura). Por su parte, en la muestra de Costa Rica los análisis muestran importantes diferencias entre las correlaciones simples y las del modelo de ecuaciones estructurales entre las medidas de apoyo social y la dimensión temporal del pasado de la TSLS comparado con los resultados de la muestra española. Los resultados señalan especificidades culturales en ambas muestras que permitan cuestionarse en futuros análisis la importancia de la valoración subjetiva de la vida pasada y su influencia con la del presente y futura según contexto.

Ahora bien, retomando las relaciones encontradas entre las dimensiones de la TSLS el apoyo social, las correlaciones bivariadas fueron en su mayoría positivas y significativas, de nuevo con la presencia de altos valores en el indicador general de satisfacción con la vida, así como con el indicador único de la satisfacción con la vida, cuyo la TSLS fue relacionada con el apoyo social en el marco de los análisis de ecuaciones estructurales las correlaciones fueron más altas para la dimensión general de la satisfacción y decrecieron conforme el eje temporal avanzaba, sin evidencias de relaciones significativas entre las dimensiones del apoyo social y la satisfacción con la vida futura en ambas muestras.

8.1.2 RECURSOS SOCIALES: APOYO SOCIAL FUNCIONAL Y RED DE APOYO

Cumplimiento subobjetivo OE1.2.

Identificar el comportamiento psicométrico de la Escala de Lubben en las muestras de los dos países.

Cumplimiento subobjetivo OE1.3.

Identificar el comportamiento psicométrico de la Escala de Duke en las muestras de los dos países.

Las evidencias antecedentes sobre las relaciones sociales durante el envejecimiento indican que son fundamentales para el desarrollo y el bienestar humano, pues están involucradas en el mantenimiento de la salud en su visión más amplia. A la vez existe

interés en diferenciar la medición de la percepción del apoyo recibido, y la del tamaño de la red de apoyo, con respecto a la frecuencia del contacto con esta red.

Por lo tanto, las personas mayores que asisten a espacios que promueven la participación en actividades sociales/educativas podrían mejorar sus recursos personales de apoyo social en estos espacios (Villar, Pinazo, Triadó, Celdrán, & Solé, 2011). Múltiples líneas teóricas han indicado que durante el envejecimiento es necesario desarrollar mecanismos que permitan adaptarse a los cambios que se producen en este proceso vital, y durante este proceso las redes sociales deben cambiar para facilitar esta adaptación (Carstensen, 1996; Carstensen, Fung, & Charles, 2003).

Partiendo de estas premisas, resulta clave contar con buenos indicadores que den cuenta del estado de este importante constructo en los modelos del envejecimiento con éxito (Kleineidam et al, 2018). En esta investigación se utilizaron dos variables que midieron los recursos sociales, utilizando dos escalas que medían el apoyo social funcional (Escala de Duke-UNK-11) y la red de apoyo social (Escala de Lubben Revisada- LSNS-R)

La escala de Red Social de Lubben (Lubben & Gironde, 2004) se utilizó para evaluar el tamaño, la cercanía y la frecuencia de contactos de la red social de las personas mayores en familiares y amistades. Las evidencias de consistencia interna de la escala en ambos países fue buena, en sus sub-escalas (familiares y amistades) como se pudo ver en los resultados lo que indica que los ítems estaban altamente relacionados entre sí. Por otro lado, se comparó la escala con otros constructos que teóricamente correlacionan positivamente como la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico (Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho & Oliver, 2016) dando evidencias de correlaciones significativas y positivas en ambas muestras.

Finalmente, mediante análisis factoriales confirmatorios se comprobó la estructura teórica original de Lubben y Gironde (2004) de los dos factores (relaciones familiar y amistades) evidenciando ajuste marginal encontrados en los índices de bondad de ajuste clásicos, que dan cuenta que la escala con dos factores tiene dificultades de ajuste en ambas muestras. Se debe indicar que no todos los índices fueron marginales, se mostró buen ajuste con el índice CFI así como que se evidencia determinación en la solución factorial indicado por la χ^2 , sin embargo no así los demás indicadores (RMSA, SRMR), aun así, las cargas factoriales en ambos factores son altas

(arriba de .50), indicando que ambos factores explican gran parte de la varianza sobre el constructo de red de apoyo. Estos resultados invitan a probar otros modelos factoriales que quizá muestren mejor ajuste con los datos de las personas entrevistadas en futuras indagaciones con este indicador, o revisiones de análisis del comportamiento de los ítems en ambas muestras pero que escapan a esta tesis doctoral.

Ahora bien, revisiones antecedentes de la escala denotan que el LSNS-R presentó buena consistencia interna que varía desde $\alpha = 0.77$ (Lubben et al., 2002) a $\alpha = 0.81$ (Baigi, Hildingh, Virdhall & Fridlund, 2008), con muestras de estadounidenses y suecos, respectivamente. Por otra parte, el coeficiente alfa de Cronbach para la validación de la versión coreana de la escala LSNS-R que fue realizado por Hong, Casado y Harrington, (2011) fue de .84 y demostró también una buena consistencia interna.

En contexto español, esta versión de la LSNS-R también ha mostrado una buena consistencia interna. En el estudio publicado recientemente por Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho y Oliver (2016) en una muestra de personas mayores universitarias. El alfa de Cronbach para ambas dimensiones de la escala fue de .80 (“Familia”: RSF) y .84 (“Amigos”: RSA), respectivamente. También, en la investigación de Sánchez-Sánchez (2017) en población mayor universitaria, esta escala muestra una alta fiabilidad obteniendo un $\alpha = .86$.

Los datos presentados en esta investigación resultan ser los primeros en ser revisados, con muestra de personas mayores en Costa Rica y no se han publicado a nivel latinoamericano, por lo que resulta una fortaleza del presente estudio al mostrar evidencias de que la Escala funciona con adecuadas evidencias de fiabilidad y validez.

Ahora bien, la variable de apoyo funcional, se utilizó la escala de Duke-UNC Broadhead et al. (1988) con la versión modificada y validada en España por Bellon et al. (1996) El cuestionario Duke-UNC modificado y validado por Broadhead et al. (1988) es uno de los instrumentos más utilizados para medir el Apoyo Social Funcional ya que destaca por su sencillez y brevedad. Esta escala evalúa el apoyo social percibido, aquel que el individuo considera que recibe, e incluye dos dimensiones: apoyo social confidencial, por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o bien cuentan con personas con las que pueden compartir sus preocupaciones o problemas; y

el apoyo social afectivo, que puede definirse como expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo.

En el caso específico de las muestras en estudio, la consistencia interna del cuestionario aportó coeficientes bastante buenos para el conjunto de la escala en ambos países ($\alpha = .89$) lo que indica que los ítems estaban altamente relacionados entre sí. Por otro lado, se comparó la escala con otros constructos que teóricamente correlacionan positivamente como la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico (Barrón & Chacón, 1992; Bellon et al., 1996; Broadhead et al., 1998; Machón, Larrañaga, Dorronsoro, Vrotsou & Vergara, 2017; Sánchez-Sánchez, 2017) dando evidencias de correlaciones significativas y positivas en ambas muestras.

Finalmente mediante análisis factoriales confirmatorios se comprobó la estructura teórica original de Broadhead et al. (1988) de los dos factores (Apoyo confidencial y emocional) evidenciando buen ajuste encontrados en los índices de bondad de ajuste clásicos, que dan cuenta que la escala con dos factores se sostiene muy bien en ambas muestras. Por su parte las cargas factoriales en ambos factores son altas en ambas muestras (por encima de .50), indicando que ambos factores explican gran parte de la varianza sobre el constructo apoyo funcional. Estos resultados invitan afirmar que la escala es un excelente instrumento para medir el apoyo percibido en población mayor tanto en España como Costa Rica.

En el estudio de validación en población general española de Bellón et al. (1996) en el que contaron con una muestra de 656 personas, todos pacientes adscritos al Servicio Andaluz de Salud, encontraron que los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10 se adscribían a la dimensión apoyo confidencial, y las preguntas 3, 4, 5 y 11 al apoyo afectivo/emocional. Las correlaciones ítem-escala fueron todas aceptables, lo que demuestra que todos los ítems evalúan aspectos relacionados, al igual que las muestras estudiadas en esta tesis doctoral.

Otros autores que han llegado a resultados similares utilizando la escala en poblaciones diversas (Ayala et al., 2012) con una muestra formada por 1.106 personas mayores no institucionalizadas. Los resultados del presente estudio como los realizados anteriormente muestran que el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 es una medida aceptable, consistente, válida y precisa, para determinar el grado de apoyo social en la población adulta mayor en España y Costa Rica.

Evidencias como la de Cuéllar-Flores y Dresch (2012) en personas cuidadoras españolas también encontraron resultados similares. Se muestran publicaciones sobre las propiedades psicométricas de la Escala en el contexto latinoamericano. Los estudios realizados evidencian buen funcionamiento psicométrico en poblaciones con diversas características. Por ejemplo, Rodríguez-Leis y Flores-Gallegos (2018) en mujeres embarazadas en México. Cuadra-Peralta, Medina-Cáceres y Salazar-Guerrero (2016) en una muestra de personas mayores en la Ciudad de Arica, Chile. Por su parte Rivas-Diez (2013) prueba la escala en mujeres víctimas de malos tratos en Chile. Finalmente, en un estudio realizado por Caycho-Rodríguez, Domínguez-Lara, Villegas, Sotelo y Carbajal-León (2014) en una muestra de inmigrantes peruanos residentes en Italia mostró buen comportamiento psicométrico de la escala, con una consistencia interna de .82 para el indicador general de la escala y buenos indicadores de ajuste al modelo bifactorial de Broadhead et al. (1988), similar al encontrado en este estudio. Por todo ello, el uso de este instrumento da un perfil de las necesidades sociales de la persona de manera breve y sencilla y su uso se considera óptimo, fiable y válido.

8.1.3 ESPIRITUALIDAD

Cumplimiento subobjetivo OE1.4.

Identificar el comportamiento psicométrico de la Escala Índice de Espiritualidad en las muestras de los dos países.

En la presente investigación, la espiritualidad se ha relacionado con el significado personal del sentido de la vida, la relación con un ser supremo; basado en las experiencias personales, que buscan la trascendencia de la vida, no necesariamente vinculado con lo normativo o dogmático; diferenciando la espiritualidad de la religiosidad (Piedmont et al., 2009). A la vez, resulta ser un buen indicador asociado al bienestar durante la vejez (Crowther et al., 2002; Zinnbauer & Pargament, 2005; Miller & Kelley, 2005; Cowlshaw et al., 2013)

Las evidencias psicométricas encontradas en las personas estudiadas en ambos países, a partir de los datos del índice de Espiritualidad de Sánchez, González, Robles y Andrade (2012) indican excelente resultados de consistencia interna tanto en Costa Rica, como España, superiores a .90 según el indicador Alpha de Cronbach que indican

alta correlación entre los ítems. Por otro lado, como parte de la evidencia de validez concurrente se evidenció alta correlación con el indicador de satisfacción con la vida lo que aduce buen comportamiento con constructos que la evidencia científica antecedente ratifica (Sánchez, et al., 2012; de Jager, Garssen, van den Berg, Van Dierendonck, Visser & Schaufeli, 2012); similar al encontrado por los autores de la escala con personas mayores en México.

Finalmente, la indagación de validez de constructo mediante análisis factoriales confirmatorios indicó los ocho ítems ajustaron a la estructura original de un solo factor en ambas muestras, con cargas factoriales en ambos países superiores a .60, lo que explica buena parte de la varianza asociada al factor único de espiritualidad. Comparando los hallazgos con las evidencias de Sánchez et al. (2012) en los análisis factoriales confirmatorios con la muestra de validación con personas mayores mexicanas, encontraron que al eliminar ítems empeoraban los índices de ajuste.

Por lo anterior, se recomienda utilizar la escala con todos sus ítems, siendo así un buen indicador para medir la espiritualidad en población mayor comprobada en distintas culturas (mexicana, costarricense y española) con buenas evidencias psicométricas.

Tal como confirman de Jager et al. (2012) existen muchas medidas que evalúan la espiritualidad en distintos contextos y poblaciones, principalmente desarrolladas en contextos anglosajones. Estos instrumentos tienen diferentes grados de dificultad, con estructuras multidimensionales y otros unidimensionales, por lo que contar con una escala sencilla y validada en distintas culturas latinas, además desarrollada con personas mayores resulta un avance en la investigación sobre el papel de la espiritualidad en los modelos de envejecimiento con éxito en el contexto iberoamericano.

8.1.4 SALUD

Cumplimiento subobjetivo OE1.5.

Identificar el comportamiento psicométrico de la Escala de Lubben en las muestras de los dos países.

Cumplimiento subobjetivo OE1.6.

Identificar el comportamiento psicométrico de la Autocuidado en las muestras de los dos países.

Como se ha dicho anteriormente, la salud es uno de los determinantes claves en la mayoría de las definiciones que abarcan el envejecimiento con éxito, y sobretodo uno de los aspectos más mencionados por las personas mayores al conceptualizar que es envejecer bien (Iwamasa y Iwasaki, 2011; Tomás, Sancho, Galiana y Oliver, 2016; Kok, Aartsen, Deeg, y Huisman, 2017). Tal cual se mencionó en los apartados anteriores del marco teórico y metodología, se utilizaron dos indicadores asociados a la salud durante el ciclo vital, la salud percibida y el autocuidado. A continuación, se discute las evidencias psicométricas de los indicadores utilizados.

A. SALUD PERCIBIDA

La percepción de la salud, es de los indicadores más utilizados en Gerontología, como indicador del bienestar (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Gutiérrez, Galiana, Oliver, Sancho y Tomás, 2015; Jylhä, 2009)

La escala SF-8 junto al SF-36 (Health Survey Questionnaire, SF-36) ambos de Ware, Snow, Kosinski y Gyek (1993) son los instrumentos más empleados para medir la percepción de salud. En esta investigación se ha utilizado la versión reducida (SF-8) de Ware, Kosinski, Dewey y Gyek (2001). Este instrumento evalúa la percepción de la salud está compuesta por 8 ítems, en su estructura original de Ware et al. (2001) se compone de dos sub-escalas, la salud física y la mental.

Las evidencias encontradas en esta investigación indicaron muy buena consistencia interna en ambas muestras Costa Rica (.81) y en España (.84), lo que indica que los ítems tienen alta correlación entre ellos. La escala correlacionó de manera negativa (menor puntaje en la escala indica mejor salud percibida) y significativa con los indicadores de satisfacción con la vida como ha sido indicado en la literatura antecedente (Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, et al., 2010), lo que indica evidencia de validez de criterio. Finalmente se comprobó su estructura factorial, mediante análisis factoriales confirmatorios, mostró índices de ajuste que resultaron razonablemente buenos en ambas muestras, levemente mejor en la muestra de Costa Rica, que en España.

Todos los ítems mostraron cargas estadísticamente significativas sugiriendo que la estructura de dos factores explica buena parte de la varianza asociada a la salud

percibida en la población estudiada. Diferentes estudios han utilizado el SF-8 y han obtenido adecuadas evidencias de fiabilidad (Ware et al., 2001).

Esta escala, aunque es una versión con un uso menos extendida que la escala de 36 ítems, posee características y comportamientos similares, y ha sido recomendada por los mismos autores como una medida adecuada en encuestas a poblaciones generales que quieran ser breves a la vez que comprensivas (Tomás et al., 2016). En especial, es aconsejable su uso en muestras de personas mayores por ser un instrumento breve y sencillo para obtener información sobre su estado de salud y obtener así un perfil de autopercepción de salud de la persona (Gutiérrez et al., 2015). En concreto, Tomás, et al. (2016) en su estudio previo al presente con personas mayores participantes de los mismos programas universitarios en la Universidad de Valencia, indican un valor de alfa que se obtuvo para la escala moderado de .65.

En una reciente validación de la escala en personas mayores Tomás, Galiana, y Fernández (2018) mostraron también buenas propiedades psicométricas, mejor representado por dos dimensiones; en el caso del estudio de Tomás et al. (2018) una vez que se elimina el ítem 5 debido a la falta de fiabilidad y la carga cruzada, los indicadores de ajusten mejoraban, nuestros datos no indican para el caso de ambas muestras que el ítem 5 no se ubique en el factor original de salud física, es importante seguir indagando el comportamiento de los ítems para confirmar el mejor ajuste con los datos utilizados. Aun así, los modelos confirmatorios señalaron dos factores (salud física y mental) como la mejor representación de los datos. Pocas evidencias sobre la escala en el contexto latinoamericano existen, como para discutir las, solo se evidencian en el contexto colombiano con población mayor que ha mostrado buen comportamiento psicométrico (Muñoz, Gómez y Ballesteros, 2012; Lucumi, Gomez, Brownson y Parra, 2015). Por lo tanto, es necesario incrementar el estudio sobre este importante indicador en el contexto latinoamericano como lo aporta la presente tesis doctoral.

B. AUTOCUIDADO

El autocuidado es entendido como una motivación o inclinación por facilitar atenciones a sí mismo para mejorar la propia salud. En otras palabras, es un conjunto de pautas o hábitos saludables orientados al bienestar físico, psicológico o social desde la propia iniciativa (Söderhamn et al., 2008; Sundsli et al., 2013). En un principio, tal y como se ha comentado en capítulos anteriores, la escala de autocuidado PSCS se diseñó para su uso con profesionales de los cuidados paliativos, sin embargo, su utilización se ha desarrollado en distintos contextos, como su estudio en población mayor (Campos-García, Oliver, Tomás, Galiana & Gutiérrez, 2018).

En la presente investigación se utiliza la versión modificada de la PSCS para mayores, obteniendo buenos índices de fiabilidad .75 (Costa Rica) y .78 (España). Los análisis de correlaciones indicaron alta correlación positiva con el indicador de satisfacción con la vida (España, $r = .338$) y en Costa Rica ($r = .228$) siendo evidencia de validez de criterio. Finalmente, los análisis factoriales confirmatorios, indicaron un ajuste marginal en ambas muestras de la escala de tres factores, lo que podría indicar que la escala podría tener otra estructura, sin embargo, los ítems asociados a cada factor cuenta con altas cargas factoriales mayores a .40, en ambas muestras, solamente el ítem 9 presentó cargas no significativas en ambas muestras, que invitan a revisar con cautela si el ítem debe eliminarse en futuras indagaciones.

En el estudio original de Galiana et al. (2015) se reportaron adecuadas evidencias psicométricas de fiabilidad y de ajuste de la estructura de tres factores, y en su última validación con población mayores el modelo factorial sometido a verificación aportó un adecuado ajuste a los datos: $2(23) = 64,257$ ($p < 0,001$); CFI = 0,936; TLI = 0,899; SRMR = 0,070; RMSEA = 0,064 (0,046-0,083), evidenciando la presencia de tres factores originales. Estos factores también mostraron correlaciones estadísticamente significativas con dos importantes variables de su red nomológica: la percepción de salud y la satisfacción con la vida (Campos-García, Oliver, Tomás, Galiana & Gutiérrez, 2018; Dale, Söderhamn & Söderhamn, 2012). En este estudio no se reportaron problemas del funcionamiento de algún ítem, como el caso del ítem 9, aun así, los datos tanto las muestras tanto de España y Costa Rica evidencian que es un buen

indicador y que da un primer acercamiento del conductas asociadas al autocuidado en los mayores estudiados.

A continuación, se presentan los modelos de ecuaciones estructurales que permiten alcanzar el cumplimiento de los objetivos específicos 2 y 3, asociados a la comprobación de los modelos del envejecimiento con éxito estudiados y de la invarianza de estos modelos entre las personas mayores de los países estudiados. El ritual de la comprobación de las evidencias psicométricas descrito en esta primera sección de la discusión de resultados, permite tener certeza de la calidad de los constructos medidos, para así tener certeza de los datos de los indicadores predictores (variables independientes) y los resultados (variables dependientes) de los modelos teóricos estudiados.

8.2 MODELOS DE ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO ESTUDIADOS

Cumplimiento objetivo específico OE2:

Poner a prueba modelo teóricos de envejecimiento con éxito entre las muestras de los dos países.

Cumplimiento objetivo específico OE3:

Comprobar la invarianza sobre los modelos de envejecimiento con éxito analizados entre las muestras de los dos países

La discusión de los modelos del envejecimiento con éxito revisados en esta tesis doctoral apuntan a dos discusiones clásicas como actuales sobre esta línea de investigación: aquellos modelos que definen el envejecimiento con éxito como un resultado y los que lo definen como proceso (Phelan & Larson, 2002; Bowling & Dieppe, 2005; Depp & Jeste, 2006; Ouwehand, de Ridder & Bensing, 2007; Cosco, Prina, Perales, Stephan & Brayne 2014; Martinson & Berridge, 2014; Katz & Calasanti, 2015; Tesch-Römer & Wahl, 2017) además de su comprobación conceptual y/o estructural-factorial (McLaughlin, Jette & Connell, 2012; Whitley, Popham & Benzeval, 2016; Kleineidam et al, 2018). Por lo tanto, a continuación se discutirá: 1) Cómo el envejecimiento con éxito se define a partir variables resultado basado en los modelos de bienestar hedónico y eudaimónico (Diener, 1994a, 1994b; Ryan & Deci, 2001; Diener & Diener, 2009) predichas por las variables psicosociales estudiadas; 2)

Cómo el envejecimiento con éxito es tanto un resultado como un proceso, revisado desde el modelo teórico PCP (Kahana & Kahana, 1996; Kahana, Kahana & Lee, 2014); 3) Finalmente si estos modelos son invariantes en su estructura, en dos muestras de personas mayores participantes de programas universitarios en Costa Rica y España. Los hallazgos se discuten a la luz de las teorías clásicas del ciclo vital (Baltes & Baltes, 1993; Baltes & Carstensen, 1996) y de la discusión de los modelos del envejecimiento con éxito desde la visión de la psicología transcultural (Torres 1999, 2003, 2009, Fernández-Ballesteros et al., 2008; Laditka, Corwin, Laditka, Liu, Tseng et al., 2009; Hilton, Gonzalez, Saleh, Maitoza & Anngela-Cole, 2012; Nielsen & Haun, 2016; Liebal & Haun, 2018).

8.2.1 MODELO DE RESULTADO

Cumplimiento subobjetivo específico OE2.1:

Poner a prueba el modelo teórico del bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico entre las muestras de los dos países.

Cumplimiento subobjetivo específico OE3.1:

Poner a prueba la invarianza estructural del modelo teórico del bienestar subjetivo hedónico y eudaimónico entre las muestras de los dos países.

El modelo que plantea la definición del envejecimiento con éxito a partir del modelo de bienestar subjetivo define tres variables latentes que predecían el bienestar subjetivo (variable resultado) que han sido variables fuertemente asociadas como indicadores subjetivos que predicen el envejecimiento con éxito (Rowe & Khan, 1997; Baltes & Baltes, 1993; Kahana & Kahana, 1996). El modelo ajustó adecuadamente en ambas muestras, además se probó el efecto moderador por país o efecto específico cultural, que aunque existieron algunas diferencias, en general no resultaban diferencias marcadas en términos estadísticos, por lo que la secuencia de invarianza (multi-muestra anidada) demostró que todas las variables tuvieron cargas factoriales equivalentes, en casi todos los parámetros estructurales, por lo que se demostró invarianza del modelo en los dos países. Tal como fue discutido anteriormente se comprueba la hipótesis de la invarianza en la mayoría de los indicadores, en el entendido que las muestras son muy homogéneas en características culturales (comparten idioma y valores culturales

colectivistas principalmente en las cohortes poblacionales más envejecidas) además de contar con perfiles de participación social vinculados a programas de aprendizaje a lo largo de la vida y cómo se ha demostrado en otros estudios, la participación en estos programas potencia el bienestar subjetivo, disminución de sentimientos de soledad en distintos contextos culturales durante la vejez (Triadó et al., 2005; Montoro, Pinazo-Hernandis & Tortosa, 2005; Hori & Cusack, 2006; Formosa, 2012; Fernández-García, García-Llamas & Pérez-Serrano, 2014; Valle-Aparicio, 2014; Brownie, 2014).

Seguidamente se discuten brevemente las diferencias de tres efectos estructurales presentados en la secuencia del análisis de invarianza, se realiza una discusión mayor en otro apartado más adelante, con la intención de proponer discusión sobre las posibles implicaciones teóricas actuales y futuras en esta línea.

A partir de las variables control del modelo, la edad tuvo efectos positivos sobre la satisfacción con la vida en ambas muestras, tal como la literatura ha mostrado resultado asociado a la hipótesis de la paradoja del bienestar hedónico, que indica que conforme aumenta la edad aumentan los indicadores de bienestar (Kunzmann, Little & Smith, 2000; Pinquart & Sörensen, 2001, Sánchez-Sánchez, 2017).

Ahora bien, su efecto moderador fue distinto sobre el bienestar psicológico (eudaimónico) por país, con efecto negativo en España, pero positivo en el caso de Costa Rica, en otras palabras, el bienestar psicológico mejoraba con la edad en la muestra de Costa Rica no así en la española, en la que el bienestar psicológico disminuía conforme aumentaba la edad.

Partiendo de la visión inicial del bienestar eudaimónico de Ryff y colegas (Riff & Keyes, 1995, Riff, 1995; Riff & Singer, 1998) se refiere al desarrollo personal como una función de las habilidades individuales y la realización del potencial de sí mismo. La visión temporal de la felicidad (bienestar hedónico) como se ha discutido en apartados anteriores complementa esta visión. Por lo tanto, este bienestar eudaimónico en el contexto del envejecimiento y la vejez de las personas estudiadas podría estar marcado por demandas diarias que implican el desarrollo de estrategias de afrontamiento contra los cambios relacionados con la edad, ideando formas para gestionarlas, aprender de ellas y profundizar el sentido de la vida (Ryan & Deci, 2001). En este sentido, se ha argumentado que los valores culturales como la independencia y la autonomía son más comunes en las culturas individualistas que en las colectivistas,

donde se da mayor importancia a la interdependencia emocional en las relaciones con los demás para explicar el bienestar psicológico (Deci & Ryan, 2008; Diener, Napa-Scollon & Lucas 2009), aduciendo una posible distancia cultural más individualista en este indicador en el caso de la muestra española y más colectivista en el caso de la costarricense, aun así parecen existir más coincidencias, ya que ambas muestras comparten más características que diferencias.

Por lo tanto, según nuestros datos, la valoración del sentido de vida (bienestar eudaimónico) puede no estar determinada por la edad o de la misma manera en las personas estudiadas, ya que sus parámetros entre muestras no son invariantes. Si bien los resultados no son concluyentes, pueden entrar en juego otros aspectos culturales que, en el caso de la muestra española con respecto a la muestra costarricense, los indicadores de autonomía, crecimiento personal, control personal, autoaceptación, propósito en la vida y relaciones positivas son: valorados de manera diferente por motivos culturales (Ryff & Singer, 2006).

Por otro parte, el poder predictivo de los indicadores del envejecimiento con éxito estudiados en este modelo anidado (sin efectos moderadores según país), demostró, por ejemplo, que la dimensión del indicador de recursos sociales (Red de apoyo y Apoyo social funcional) se mostró por sí solo como el mejor predictor del modelo del bienestar subjetivo (ambos hedónico y eudaimónico), con efectos estructurales positivos. Dichos efectos son esperados y apoyados por una gran cantidad de evidencia científica antecedente, por ejemplo, muchos autores han encontrado relaciones positivas entre el bienestar medido por la satisfacción con la vida y altos nivel de apoyo social durante la vejez (Brown, et al., 2003; Bishop et al., 2006; Gow, et al., 2007; Cosco et al., 2013; Gutiérrez et al., 2013; Okabayashi et al., 2004). Además de ser un claro ejemplo de valores colectivistas en el que la valoración del apoyo social resulta determinante para el bienestar subjetivo (Oyserman et al., 2002). Así, la cultura iberoamericana resulta en una cultura colectivista y familiar, con una tendencia a estar orientada a grupos y ponen un fuerte énfasis en los lazos familiares y comunitarios, que se centra en las relaciones personales y mantienen la creencia de que el individuo puede hacer poco por sí mismo para modificar el destino sino en dependencia de un contexto que lo potencia o lo detiene (Calzada et al., 2012; Marquine et al., 2015).

Por su parte, las relaciones entre la salud percibida y las dos dimensiones del bienestar subjetivo estudiadas, también se mostraron como era esperado a la luz de la

teoría antecedente, con efectos positivos de la salud percibida con el constructo de satisfacción con la vida (Fernández-Ballesteros et al., 2001; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010; Smith-Morris et al., 2002; Charles, Reynolds & Gatz, 2001; Kunzmann, Little & Smith, 2000; Berg, Hassing, McClearn & Johansson, 2006), lo que a la vez, está en línea con los efectos estructurales positivos de la salud sobre la variable de bienestar psicológico o eudaimónico. Sin embargo, como se reportó anteriormente, al describir las variables psicosociales al inicio de este sub-apartado, las personas estudiadas de ambos países presentaron altos valores de salud percibida y no existió mucha variabilidad en la muestra estudiada al respecto, aun así, el efecto de la salud percibida sobre el bienestar psicológico fue invariante en el modelo anidado, es decir no se evidenció efecto moderador cultural.

Finalmente en la variable espiritualidad, se observaron efectos positivos en ambos indicadores del bienestar subjetivo estudiados, pero con efectos diferentes según país; es decir, no fue invariante en el modelo anidado. Estos resultados resultan ser similares con los mostrados en estudios como el de Joshanloo (2011), en el cual se mostró efectos positivos de la espiritualidad entre varias medidas del bienestar hedónico y eudaimónico, en este caso, para la muestra de personas mayores costarricenses es más importante la espiritualidad para predecir el bienestar que para las personas mayores españolas. Resulta relevante a la luz de la teoría clásica del envejecimiento con éxito asociada a los modelos de resultado (Rowe & Khan, 1997), cuestionarse el rol de la espiritualidad sobre variables resultado o criterio como el bienestar subjetivo en la vejez, ya que en la mayoría de estas teorías la variable espiritualidad está ausente.

En este caso en particular, el fuerte efecto de la espiritualidad sobre el bienestar en el caso de Costa Rica con respecto a España, podría deberse a distintas razones que se podrían hipotetizar de la siguiente manera: a) contextos históricos-culturales distintos, b) efectos de cohorte (personas mayores jóvenes contra las mayores tardías), y c) el hecho como lo planteó Joshanloo (2011) por el efecto de variables no medidas o no suficientemente controladas que podrían explicar el papel de la espiritualidad sobre el bienestar en distintos grupos de edad y culturas. Sin embargo, una fortaleza del modelo estudiado es que se controla no solo el efecto de la espiritualidad sobre el bienestar sino también otras variables claves en los modelos del envejecimiento con éxito como la salud percibida y los recursos sociales, que como se ha dicho son de las variables incluidas en la mayoría de las revisiones sobre envejecimiento con éxito (Cosco, Prina,

Perales, Stephan & Brayne, 2014;) Tal como lo ha dicho Diener (2012) en conjunto estas variables son excelentes predictores del afecto positivo y el bienestar subjetivo, con beneficios relacionados con la salud y la longevidad.

Ahora bien, como se dijo anteriormente, la espiritualidad ha sido sistemáticamente subestimada como elemento clave del bienestar en estudios en envejecimiento (van Dierendonck, 2012; Moberg, 2008). Como Tohit, Browning y Radermacher (2012) han apuntado, durante la vejez la salud física decae y otros elementos entran en juego para explicar el bienestar en la vejez, uno de ellos es la espiritualidad sobre todo para las personas mayores costarricenses que para las españolas en este caso. Más adelante se retoma la discusión de la incorporación de esta variable en los modelos de envejecimiento con éxito cuando se realizan revisiones transculturales. A continuación, se discute el segundo modelo estructural de invarianza analizado en esta tesis.

8.2.2 MODELO DE PROCESO

Cumplimiento subobjetivo específico OE2.2:

Poner a prueba el modelo teórico del envejecimiento con éxito de Kahana y Kahana entre las muestras de los dos países.

Cumplimiento subobjetivo específico OE3.2:

Poner a prueba invarianza estructural del modelo teórico del envejecimiento con éxito de Kahana y Kahana entre las muestras de los dos países.

Tal como se ha revisado en el capítulo del marco teórico con el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento con éxito y calidad de vida durante la vejez en la década pasada, se han logrado probar distintos modelos asociados a variables que permiten predecir el envejecimiento con éxito, que han sido asociadas a variables antecedentes, mecanismos de adaptación y/o estrategias que potencian la adaptación a los cambios asociados a la edad y explican la calidad de vida muchas veces determinada por el bienestar subjetivo y balance emocional (Kahana, Kahana & Kercher, 2003). Estos esfuerzos en reconocer los potenciales positivos de las personas durante el proceso del envejecimiento contribuyen a comprender aquellas condiciones o

mecanismos que potencian los resultados asociados al envejecimiento con éxito (Kahana, Kahana & Lee, 2014). Aunado a esto, los análisis realizados en esta tesis doctoral, permiten a su vez, darle énfasis al rol socio-cultural de estos mecanismos asociados al mejoramiento de la calidad de vida desde la visión del modelo PCP (Kahana & Kahana, 1995, 2002).

El modelo PCP como se presenta en el capítulo del marco teórico, describe las relaciones entre indicadores que predicen el proceso y el resultado que define al envejecimiento con éxito. Enfatiza en la existencia de conductas de adaptación proactiva, mientras los resultados del proceso son relacionados a indicadores de bienestar subjetivo y/o calidad de vida. Como se describió en el capítulo de resultados, el modelo PCP todos los constructos afectan la variable resultado (satisfacción con la vida), por lo que se define como un modelo mediador parcial, ya que los constructos tienen potenciales efectos sobre la satisfacción con la vida a través de mediadores (efectos indirectos) y de manera directa (Kahana & Kahana, 1996).

Como se pudo evidenciar, el modelo mostró buen ajuste en ambos países de manera separada, y solo dos parámetros estimados fueron estadísticamente no significativos en ambas muestras; estos fueron el efecto directo de la edad sobre la espiritualidad y el efecto directo de la salud percibida sobre apoyo social. Por otro lado, se evidenciaron algunas diferencias entre indicadores según país, por ejemplo, en Costa Rica fue más grande el efecto directo sobre la satisfacción con la vida de las siguientes variables: edad, espiritualidad y apoyo social. Por su parte, fue más grande en la muestra española el efecto directo de la salud percibida sobre la satisfacción con la vida y el efecto mediador del autocuidado sobre la satisfacción con la vida, ya que en el caso de la muestra en Costa Rica este efecto fue no significativo, en un apartado más adelante se discuten estas diferencias bajo la lógica de análisis transcultural.

Seguidamente de la realización de esta comparación entre países, aunque se percibieron efectos distintos en algunos indicadores no fueron amplios, por lo que permitió continuar con la secuencia de análisis de comprobación de la invarianza. Al resolver las dificultades de los parámetros no significativos, se construyó una sola base para comprobar la invarianza multi-muestra y mejorar la parsimonia en la comprobación del modelo PCP. Por lo que, todos los parámetros estructurales fueron invariantes en ambos países, además se pudo mostrar los efectos directos o indirectos (mediación) de las variables, antecedentes (edad y salud percibida) a través, de los

recursos externos e internos (apoyo social y espiritualidad), explicando el 58.4% de la varianza sobre el mecanismo o estrategia proactiva (auto-cuidado), y este mecanismo proactivo explicó 36.2% de la varianza sobre la variable resultado (satisfacción con la vida). En otras palabras, los resultados demuestran que el modelo PCP fue invariante en ambos países, al mostrar equivalencia en todos los parámetros con buenos índices de bondad de ajuste.

Las variables apoyo social (recurso externo) y salud percibida (antecedente) mostraron mayor efecto directo sobre la variable resultado del modelo, pero el apoyo social presentó el mayor efecto indirecto sobre la variable resultado a través del indicador del mecanismo proactivo (auto-cuidado). En este modelo la espiritualidad (recurso interno) tuvo menores efectos directos sobre la variable resultado como en el modelo del envejecimiento con éxito discutido anteriormente, por otro lado, no presentó diferencias culturales (parámetros estructurales distintos) cuando se probó sus efectos indirectos sobre la satisfacción con la vida, pero aumenta su efecto sobre la variable resultado a través de la variable que fungió en el modelo como mecanismo proactivo. En este caso, la espiritualidad presenta mejores efectos directos hacia el auto-cuidado e indirectos hacia la satisfacción con la vida. La edad (variable antecedente) mejora su efecto directo sobre la variable resultado en comparación con el modelo de resultado del bienestar, lo que indica que a mayor edad más satisfacción.

Ahora bien, en el caso el modelo PCP sugiere que las llamadas conductas proactivas adaptativas (conductas de auto-cuidado), permiten potenciar aquello que la persona tenga como recurso (interno o externo) o realice (conducta proactiva adaptativa) para incrementar el bienestar y la calidad de vida (resultado) o un estilo de vida activo (proceso), entre otras muchas cosas que las personas desarrollan para lograr la adaptación al cambios asociados a envejecer (estresores normativos) (Kahana, Kahana & Kercher, 2003; Kahana, Kelley-Moore & Kahana, 2012). En palabras de Kahana, Kahana y Zhang (2005) la existencia de una estrategia proactiva orientada al futuro como lo es el autocuidado, podría tener impacto duradero sobre todo en el comportamiento de promoción de la salud y representa un antecedente disposicional de proactividad preventiva para mantener o potenciar la calidad de vida durante la vejez. De base el modelo PCP lo que defiende es que las estrategias proactivas tienen base motivacional, y son potenciadas por recursos interno y externos que moderan los efectos de los estresores cotidianos o producto del proceso del envejecimiento, así es en esencia

un modelo de promoción de la salud que establece relaciones aparentemente unidireccionales o causales sobre mediadores entre la dinámica motivacional/actitudinal al cambio, donde se espera que el cambio real y su mantenimiento a través del tiempo se establezca, y es mediante análisis longitudinales de las variables estudiadas que se lograría comprobar esta direccionalidad.

Por lo dicho anteriormente, a continuación, se discute respecto a los efectos directos de las variables predictoras en el modelo PCP sobre la satisfacción con la vida. Tal como la literatura antecedente ha encontrado en resultados similares a los estudiados en esta investigación, al relacionar las variables estudiadas con la satisfacción con la vida como la variable que determina el envejecimiento con éxito (Hsu & Jones, 2012; Kahana, Kelley-Moore & Kahana, 2012; Mejía, Ryan, Gonzalez & Smith, 2017; Pruchno & Carr, 2017); por ejemplo con la salud percibida (Gana, Bailly, Saada, Joulain & Alaphilippe, 2013; Jeste et al., 2013; Berg, Hassing, McClearn & Johansson, 2006; Berglund et al., 2016; Borg, Hallberg & Blomqvist, 2006; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010; Kelly et al., 2017; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser & Otero, 2003.), no obstante, los vínculos entre la satisfacción con la vida y la salud percibida a lo largo del tiempo no son concluyentes (Mroczek & Spiro, 2005), por ejemplo, autores como Berg et al. (2009), informaron de la existencia de una relación débil entre las medidas de salud y la satisfacción con la vida entre las personas muy mayores (es decir, entre las mayores de 80 años, al asumir que se aumenta la fragilidad). Aun así, resultados obtenidos en investigaciones longitudinales en personas mayores han mostrado que la salud percibida es un predictor potente de bienestar (Kunzmann et al., 2000; Ng et al., 2017). Lo que permite afirmar que el bienestar subjetivo positivo es un factor de protección para la salud en las personas mayores (Lyubomirsky, King & Diener, 2005), que en el caso de la presente tesis doctoral no son concluyentes debido a su naturaleza transversal.

También son diversos los estudios que relacionan altos niveles de apoyo social (tamaño de la red, funcionalidad, calidad) con indicadores de salud mental y/o emocional en la vejez como; equilibrio afectivo, satisfacción con la vida y bienestar psicológico global (Gow, Pattie, Whiteman, Whalley & Deary, 2007; Dumitrache, Rubio & Rubio-Herrera, 2017; Okabayashi, Liang, Krause, Akiyama & Sugisawa, 2004; Otero, Zunzunegui, Bély, Rodríguez & García de Yébenes, 2006; Tomás, Sancho, Gutiérrez & Galiana, 2014). En un meta-análisis Pinquart y Sörensen (2000)

demonstraron que las redes sociales de las personas mayores son factores importantes para facilitar una “buena vejez” debido a su asociación con un mejor bienestar, una mejor utilización de los servicios de salud o sociales y una mayor longevidad. (Litwin y Stoeckel, 2014)

Cabe resaltar autores como Gow, Pattie, Whiteman, Whalley y Deary (2007a), los cuales demostraron que las redes sociales o el apoyo pueden contribuir significativamente al envejecimiento con éxito, dado que explican una mayor proporción en las calificaciones de satisfacción con la vida en los mayores el 23% de la varianza; en esta investigación los recursos sociales explicaron también 23% de la varianza sobre la satisfacción con la vida en el modelo PCP de invarianza.

En el caso de la espiritualidad y su papel para potenciar la satisfacción con la vida en la vejez, se ha dicho que la espiritualidad siempre que sea contemplada como positiva, tiene la particularidad de establecer la relación de la espiritualidad y la religiosidad con resultados positivos, suele ser menos formal, menos ortodoxa y menos sistemática y orientada por conductas y emociones individuales que conllevan al bienestar subjetivo o psicológico (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore & Koenig, 2002). Existen varias evidencias de la relación entre la espiritualidad con el bienestar subjetivo en diferentes culturas (Dy-Liacco, Piedmont, Murray-Swank, Rodgersson & Sherman, 2009; Miller & Kelley, 2005; Moreira-Almeida et al., 2006; Piedmont, 2007; Piedmont et al., 2009; Wink & Dillon, 2009; Cowlishaw et al., 2013; Hilton & Child, 2014; Jordan, Masters, Hooker, Ruiz & Smith, 2014; Khashab, Khashab, Mohammadi, Zarabipour & Malekpour, 2015; Yoon, Chang, Clawson, Knoll, Aydin et al., 2015; Krause, Pargament, Hill & Ironson, 2016) que como se ha dicho anteriormente en esta tesis dan pie a tomar en cuenta a la espiritualidad como otro indicador más del envejecimiento con éxito.

Con respecto a la edad de las personas estudiadas y su relación directa con la satisfacción con la vida, Diener et al. (1999) informaron que la satisfacción con la vida es estable a lo largo de la vida, mientras que otros han indicado de una correlación positiva entre la edad y la satisfacción con la vida (Kunzmann, Little & Smith, 2000). Por el contrario, otros investigadores han encontrado disminuciones en los niveles de satisfacción con la edad avanzada (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn & Johansson, 2009; Mroczek & Spiro, 2005). Por su parte, Blanchflower y Oswald (2008) en un estudio longitudinal en varios países de Europa y América encontraron que la edad y la

satisfacción con la vida presentó forma de U a lo largo del ciclo vital, con el punto más bajo en la mediana edad y el mayor bienestar en los adultos más jóvenes y en las personas más mayores. A pesar de que frecuentemente la evaluación de la satisfacción con la vida en forma de U a menudo se considera como un hallazgo estándar, en otras investigaciones similares no se encuentran resultados similares, sin embargo en algunos casos contradictorios al identificar que a mayor edad menos satisfacción con la vida sobre todo en los muy mayores siempre existían condiciones de fragilidad o alta comorbilidad asociadas (Steptoe, Deaton & Stone, 2015; Stone, Schwartz, Broderick & Deaton, 2010; López-Ulloa, Møller & Sousa-Poza, 2013); aun así en el caso de las personas mayores costarricenses y españolas estudiadas, como se dijo anteriormente a mayor edad más satisfacción con la vida en el modelo PCP, sobre este caso particular, se debe tomar en cuenta que las personas estudiadas son personas que reportaron alta percepción de salud que potencia la relación entre edad y satisfacción con la vida y como se dijo anteriormente son personas con alto nivel de participación social (participantes de programas universitario de mayores), además de contar con autonomía y capacidad cognitiva mantenida, aun así, se debe tener cautela al afirmar modelos explicativos, ya que los datos analizados no son longitudinales y tampoco se revisan particularidades individuales que puedan dar otros resultados.

Finalmente es importante discutir los efectos indirectos y directos encontrados a través de la conducta proactiva (auto-cuidado) sobre la satisfacción con la vida. El autocuidado en el modelo PCP funciona como un recurso disposicional para el presente, que genera orientaciones futuras que potencian la salud; implica acciones dirigidas a conservar, restablecer o mejorar la salud y el bienestar, así como la prevención de enfermedades (la detección, gestión y tratamiento) y la promoción de la salud (Kahana, Kahana & Zhang, 2005; Sundsli, Espnes y Söderhamn, 2013). El cuidado personal con la medida utilizada en esta tesis implicó la práctica de actividades en la vida diaria tanto a nivel físico, mental, social como espiritual, dirigidas a mantener el bienestar ya que el desarrollo de estas habilidades conduce a adoptar estilos de vida más saludables (Høy, Wagner & Hall, 2007; Söderhamn & Söderhamn, 2012; White et al., 2012; Khagram, Martin, Davies & Speight, 2013; Benito et al., 2014; Galiana, Oliver, Sansó & Benito, 2015).

En esta investigación siguiendo a Eriksson y Lindström (2007) se define al autocuidado como un mecanismo que capacita a las personas para mediar (efectos

indirectos) los recursos internos (creencias de espiritualidad) y externos (apoyo social), identificarlos y movilizarlos con la finalidad de encontrar soluciones para conseguir un afrontamiento con éxito las demandas del entorno; así, a la luz de la teoría PCP resulta, en un mecanismo para contrarrestar, amortiguar o defenderse de los estresores asociados a la edad, y que a la vez potencia (efectos directos) el resultado de calidad de vida (satisfacción con la vida) en la vejez (Kahana, Kahana & Lee, 2014).

En relación a lo anterior, una revisión meta-analítica llevada a cabo por Lommi, Matarese, Alvaro, Piredda y De Marinis (2014) encuentra resultados similares a los discutidos en esta tesis, en específico sobre las experiencias de autocuidado en la promoción de la salud en las personas mayores. Similar a nuestros datos su estudio reveló que las personas que desarrollan actividades de cuidado personal estaban dirigidas hacia el bienestar integral, la prevención y el tratamiento de los efectos del envejecimiento, la obtención de una sensación de satisfacción y la autorrealización personal. Además, estas actividades de autocuidado en el estudio de Lommi et al. (2014) como el presente, estaban relacionadas con una red social de apoyo y espiritualidad que permitía a las personas mayores cuidar de sí mismos.

La inclusión de los mecanismos proactivos promotores de la salud y la calidad de vida en la vejez como es el autocuidado, se asumen en esta tesis, tal cual por los promotores del modelo PCP, como el eslabón que permite contar con indicadores de planificación y auto-mejoramiento para mejorar estilos de vida dirigidos a los modelos de envejecimiento con éxito; aspecto que se vuelve relevante en un mundo envejecido cuando los mecanismos de los Estados de bienestar colapsen, entrarán en juego todos aquellos mecanismos de control personal y regulación socioemocional que las personas puedan establecer para promover la salud y prevenir la patología.

Por otro lado, se rescata también el valor del nivel de actividad social y los esfuerzos de potenciar la educación de las personas estudiadas, al pertenecer a programas universitarios. A la luz del modelo PCP (Kahana, Kahana y Kercher, 2003), aunque no se incluye en los modelos SEM probados, resulta otro indicador correctivo y proactivo promotor de la salud, no se puede obviar la evidencia empírica antecedente sobre la participación en programas de aprendizaje a lo largo de la vida en potenciar los resultados de la salud durante la vejez (Formosa, 2019), se reconoce así la necesidad de potenciar sobre esta línea de difusión y análisis de los modelos PCP en futuras indagaciones al respecto, idea que se retoma en el siguiente apartado.

A continuación, se discute los resultados de ambos modelos probados desde la visión transcultural.

8.2.3. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS CULTURALES DE LOS MODELOS ESTUDIADOS. UNA DISCUSIÓN A LA LUZ DE LAS EVIDENCIAS TRANSCULTURALES Y LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO REVISADAS

Debido a que las personas estudiadas provienen de contextos culturales distintos, sin embargo con características históricas-culturales similares, en este caso la cultura Latina-Mediterránea, en su mayoría ambos países católicos, con conformación política democrática, además de provenir de grupos de personas mayores con alto nivel de participación social y pertenecer a programas universitarios de mayores, en su mayoría mujeres, que tal como se dijo al inicio de este apartado son características que los convierte en grupos comparables al ser un grupo muy específico y distinto a la mayoría de las personas mayores en ambos países; resulta pertinente discutir de la misma forma la revisión de la literatura antecedente respecto a las revisiones transcultural de las variables estudiadas en el contexto de los modelos de envejecimiento con éxito estudiados.

Se debe dar cuenta que las hipótesis planteadas en la investigación se comprueban, tomando en cuenta las precauciones según las recomendaciones de Boer et al. (2008) en la reducción de error en los estudios transculturales. Se puede afirmar que la hipótesis planteada del efecto moderador de la cultura sobre las variables estudiadas, dada la particularidad cultural estudiada, en el marco del estudio de los modelos envejecimiento con éxito estudiados, se comprueba, en efecto los modelos son invariantes. Si bien tal como se ha visto en apartados anteriores, la validez transcultural de los modelos de envejecimiento con éxito ha sido muy cuestionada y carece de evidencia contundente (Fernández-Ballesteros et al., 2008; Phelan, Yerson, Lacroix & Larson, 2004), esta tesis se dio a la tarea de aumentarla. Por otro lado, existe una predominancia occidental de los principios teóricos hacia el envejecimiento con éxito y el bienestar subjetivo. El ejercicio que se realizó en esta tesis doctoral deviene de la necesidad de comprobar la equivalencia de los principios teóricos occidentales principalmente norteamericanos a la realidad de otros contextos culturales como el español-mediterráneo y el latinoamericano-costarricense.

Autores como Guimarães (2018) recomiendan que cuando se están investigando temas basados en definiciones culturales ajenas al contexto cultural de estudio, se comete el riesgo de caer en limitaciones conceptuales o forzar a la cultura estudiada a asumir los principios teóricos preestablecidos o con dominancia cultural, incrementando el riesgo a asumir una reproducción dogmática de tesis preliminares, no visibilizando las particularidades culturales. En este caso, la mayoría de los estudios sobre la temática han sido realizados en contextos de grupos culturales o sociales privilegiados, basado principalmente en el concepto occidental de éxito, limitando así la incorporación de las particularidades culturales y generalizando los modelos a la realidad de las personas mayores (Torres, 2001, 2002) y excluyendo a muchas personas de los modelos de envejecer con éxito (Depp & Jeste, 2006; Martinson & Berridge, 2015; Tesch-Römer & Wahl, 2017).

La revisión transcultural, como se dijo en el capítulo del marco teórico, implica la reflexión sobre las posibles particularidades culturales específicas entre culturas y de aquellas que son más revisiones étnicas (universales o que comparten todo un grupo macrosocial) (Torres, 2009a, 2014). Tomando en cuenta el interés de esta tesis por comprender la particularidad cultural de las evidencias de las personas estudiadas en el contexto del envejecimiento con éxito (Lewis, 2013; Feng, & Straughan, 2016; Pace & Grenier, 2016; Cowlshaw, Niele, Teshuva, Browning & Kendig, 2013; Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore & Koenig; 2002); seguidamente se discute la importancia relativa de los indicadores estudiados donde se encontraron diferencias entre las personas estudiadas.

Se inicia argumentando la relevancia cultural de la espiritualidad y el bienestar subjetivo en la cultura latina y su relación con la conformación familiar y valores culturales como el familismo.

Así, de acuerdo con Hilton & Child (2014) sobre todo para los latinos, la espiritualidad y las redes sociales (familia nuclear y extendida) juegan un papel central para afrontar aspectos relacionados al bienestar durante la vejez, proveyendo significado a lo experiencial y vital, y potenciando así el bienestar subjetivo. La espiritualidad por su parte, a pesar de la adversidad otorga puntos de vistas optimistas hacia el presente y futuro vital. La espiritualidad es también una manera para transferir valores y creencias y una forma para potenciar las relaciones sociales utilizadas por grupos culturales como

los Latinos, sobre todo cuando la espiritualidad se relaciona con prácticas religiosas o rituales (Hilton & Child, 2014). Más aun, Hoffman (2006) ha estudiado que para los latinos, la fe, se integra dentro del concepto social de familia, como dos partes esenciales de lo que son y hacen culturalmente, esta hipótesis está asociada al familismo representado en el contexto Latino Americano y Mediterráneo (Doyle & Timonen, 2009), como uno de los valores culturales centrales de la conformación la sociedad, donde existe una visión colectivista cultural en la que la familia promueve una interdependencia que se extiende a amistades y potencia los recursos sociales de apoyo, ya que se espera que la familia nuclear y extendida otorgue el apoyo emocional e instrumental requerido y así se potencia el afecto positivo en distintas generaciones (Smith-Morris, Morales-Campos, Castañeda-Álvarez & Turner, 2012; Calzada, Tamis-LeMonda & Yoshikawa, 2012; Gibbons & Fanjul de Marsicovetere, 2017).

Por otro lado, evidencias asociadas a diferencias transculturales respecto al modelo bienestar subjetivo probado en esta tesis, han indicado que en culturas con dominancia colectivista como las estudiadas; la valoración se hace tomando en cuenta lo que las personas significativas valoran sobre ellos mismos (Diener Napa-Scollon & Lucas 2009) y que en culturas individualistas la satisfacción con la vida (visión hedónica) es reportada en relación con la propia valoración de la vida y, por otra lado, revisiones transculturales de bienestar psicológico (visión eudaimónica) indican que la valoración de valores culturales de la independencia y autonomía son más comunes en culturas individualistas versus mayor importancia a la interdependencia emocional en las relaciones con otros en el caso de culturas colectivistas (Deci & Ryan, 2008; Church, Katigbak, Locke, Zhang, Shen, de Jesús Vargas-Flores, et al., 2013; Chen, Vansteenkiste, Beyers, Boone, Deci et al., 2015). La evidencia al respecto no es concluyente, sobre todo cuando se toman en cuenta indicadores culturales macro-económicos, entre muchos otros (Ehrhardt, Saris & Veenhoven, 2000) pero invitan a cuestionar la validez transcultural del modelo teórico del bienestar subjetivo, basado en la evidencia que la valoraciones individuales y culturales de la satisfacción con la vida es un relevante tópico de investigación durante el ciclo vital que debe seguir fortaleciéndose.

También, en los países llamados desarrollados tiende a existir mucha más movilidad de los miembros del núcleo familiar, lo que promueve bases culturales más individualistas, como puede ser el caso de los países del norte de América y norte de

Europa, y en menor grado en los países del sur de Europa como España (Rogoff, 2003). Así el familismo es percibido como un factor protector de problemas emocionales y mentales, y otorga sentido de pertenencia en las personas mayores dentro de la familia y comunidad, esto se demostró en una revisiones antecedentes en el contexto costarricense (Valdivieso-Mora et al., 2016; Blanco-Molina & Salazar-Villanea, 2017).

Por otra parte, también es posible, que en el caso de la cultura costarricense la espiritualidad se asume como un valor público y positivo asociado a una demostración de fe que potencia los vínculos familiares y las redes de apoyo más que en la cultura española se podría dar por razones histórico-culturales de la generación estudiada como se dijo antes puede ser particularmente distinto, y que permitiría mantener el valor cultural del familismo y un claro efecto de cohorte, sobre todo al evidenciarse que en las personas más mayores en Costa Rica presentaban mayor bienestar hedónico con respecto a las personas mayores españolas.

Ahora bien, Moberg (2008) recomienda que la espiritualidad en su relación con el bienestar durante la vejez debe ser analizada con cautela, dada la amplia variación dentro de la misma cultura y personas (historia de vida), incluso más entre culturas; por un lado, dado que la espiritualidad como fue conceptualizada en esta investigación, es algo personal relacionado a lo experiencial/vivencial durante el ciclo vital, junto a las creencias y valores internalizados que permiten la adaptación a las exigencias cotidianas; que a la luz de la teoría de la selección optimización y compensación (Baltes & Baltes, 1993) se convierte en un mecanismo que potencia la adaptación durante la vejez y que en la revisión teórica del modelo PCP se define como recurso interno que modera los estresores y potencia/optimiza la aparición de conductas o mecanismos proactivos en pro del envejecimiento con éxito (Kahana & Kahana, 1996).

En revisiones entre culturas latinoamericanas y mediterráneas se muestran resultados similares a los encontrados en esta investigación, en lo específico a que la mayor parte del apoyo social que reciben las personas mayores proviene del apoyo informal, es decir de la ayuda ofrecida por familiares, amigos y vecinos (Fernandez-Ballesteros, 2002; Solé-Auró & Crimmins, 2014). Pareciera que esta tendencia también se observa en países del sur de Europa como en España, Italia y Grecia (Abellán, Perez, et al., 2017). También, se han encontrado que las redes sociales de las personas mayores en los países mediterráneos se relacionan de forma potente con el bienestar, ya que en el contexto mediterráneo las familias son numerosas y con más intercambios

intergeneracionales de ayuda dentro del hogar que países europeos no mediterráneos; estas evidencias también se sostienen en contextos Latinoamericanos (Ruggles & Heggeness, 2008; Kaplan, Sanchez & Hoffman, 2017), y se acercan a lo encontrado en esta tesis.

Es interesante también lo indagado por Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro (2007), al cuestionarse la composición de las redes sociales de las personas mayores y cómo se asocian con la salud y el bienestar. Estos autores llegan a la conclusión de que las personas mayores de los tres países que analizaron (Costa Rica, España e Inglaterra), mostraron modelos de redes familiares claramente diferenciados, caracterizados por la co-residencia/co-dependencia intergeneracional (caso latinoamericano), por la independencia (caso anglosajón) y por la independencia sólo residencial (caso latino-europeo). Podría ser también que el caso de las personas estudiadas en esta tesis, en concreto con respecto al caso de Costa Rica y España, la conformación familiar y los valores culturales hacia la misma sean argumentos para dar cuenta de las diferencias encontradas entre países con respecto al peso cultural de los recursos sociales y la espiritualidad sobre la satisfacción con la vida, en lo específico al efecto de la convivencia intergeneracional más común en el contexto costarricense que en el Español, aun así al no ser indagado con profundidad en esta investigación, resulta relevante profundizar en estudios futuros sobre este énfasis. Ahora bien, con lo que respecta al contexto de los modelos de envejecimiento con éxito, y a la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, Fung & Charles, 2003) resulta claro que durante la vejez el proceso constante de ajuste y cambio que se invierte en la selección de buenos recursos sociales potencian la satisfacción con la vida durante la vejez.

Por su parte, la evidencia transcultural sobre el indicador de salud percibida. Por un lado, se ha investigado que las medidas autocalificadas de la salud son específicas del contexto, es decir, estas medidas de autoevaluación de la salud varían según las culturas y los países, por sexo, edad y estados socioeconómico (Mitchell, 2005; Jylha, 2009; Martinson & Berridge, 2015). Otras evidencias apuntan a que las diferencias en la salud percibida y el bienestar subjetivo también se asocian en gran medida con las diferencias en el nivel de igualitarismo de cada país (medido por el coeficiente de Gini), por ejemplo, hay evidencias de que una mayor desigualdad social se asocia con una peor salud percibida (Dalstra, Kunst & Mackenbach, 2006; Ploubidis, Dale & Grundy, 2012). En el caso concreto de las personas estudiadas en ambos países, en lo particular como se

dijo anteriormente, resulta un grupo muy específico, que suele reportar buenos indicadores de salud y bienestar en estudios antecedentes al ser potenciados por los programas de aprendizaje a lo largo de la vida (Villar et al., 2011; Zielińska-Więczkowska, Muszalik & Kędziora-Kornatowska, 2012; Formosa, 2014, 2019; De Maio-Nascimento & Giannouli, 2019).

Finalmente, en el marco del modelo PCP indagado en esta tesis es de interés discutir en qué condiciones los individuos pueden experimentar mejor la vejez e identificar elementos proactivos y correctivos del modelo de PCP que funcionen para ellos. Como indicaron Kahana y sus colegas (1999), no encontraron diferencias significativas en el modelo de PCP en comparación con las personas mayores residentes de zonas urbanas afroamericanas y blancas en los Estados Unidos. Sin embargo, otros estudios con diseños longitudinales si han mostraron diferencias étnicas en las personas mayores residentes de zonas urbanas, y con los residentes de mayor edad cubano-estadounidenses con caucásicos en los Estados Unidos (Goler, Bhatta, Kahana & Kahana, 2013; Bhatta, Angel, Kahana & Kahana, 2016). En resumen, tal como se demostró con nuestros datos, no existen diferencias significativas que impliquen un efecto moderador cultural en el caso del modelo PCP estudiado al realizar el ritual de la invarianza. Ahora bien, se debe aclarar que no son resultados concluyentes, se cree que los datos permitieron realizar un primer análisis del enfoque, considerando los aspectos ecológicos y culturales de las personas mayores estudiadas, también es importante señalar la notable capacidad de parsimonia del modelo de PCP para estudiar los resultados y los procesos de envejecimiento con éxito simultáneamente (Depp & Jeste, 2009).

Para ser congruente con el modelo teórico de PCP y los estudios recientes sobre envejecimiento con éxito (Martinson & Berridge, 2014; Katz & Calasanti, 2015; Formosa, 2019; Dumitrache, Rubio & Córdón-Pozo, 2019), las personas mayores con altos niveles de participación social, como las que participan en programas de aprendizaje permanente, desarrollan estrategias proactivas y correctivas para hacer frente a factores estresantes relacionados con la edad (antecedentes estresores) como por ejemplo estrategias de autocuidado; tal vez, como una anticipación estratégica frente a limitadas habilidades y/o recursos ambientales (externos) y personales (internos) que moderan los estresores; y que como resultado de este estilo proactivo, las personas logran establecer modificaciones ambientales y personales para potenciar resultados de

calidad de vida. Se espera así con esta tesis, potenciar la investigación que se cuestione estas relaciones, así como futuras revisiones bajo lógicas longitudinales que permitan comprobar estas aseveraciones.

Por otro lado, bajo la lógica del marco de un estudio transcultural los resultados de esta investigación han permitido reflexionar si el fenómeno estudiado amplía la discusión sobre la validez conceptual de los modelos de envejecimiento con éxito, en el tanto no se asuma su universalidad. El plantearse revisiones hacia la especificidad cultural de variables o aspectos de las culturas estudiadas resulta también otro énfasis que se espera motivar en indagaciones futuras al respecto.

En el siguiente capítulo se presentan las conclusiones generales a las que llega la presente tesis doctoral.

Capítulo 9

CONCLUSIONES

El siguiente capítulo tiene el interés de exponer de manera resumida las conclusiones principales de este estudio a la luz del cumplimiento de los objetivos propuestos.

Se redacta este apartado dando argumentos del cumplimiento de los objetivos e hipótesis planteados, siguiendo los criterios de comparabilidad de Boer et al. (2008). Primeramente la comparabilidad de medida, segundo la comparabilidad del método para luego concluir con la comparabilidad teórica o de constructo mediante los análisis de equitaciones estructurales probados.

9.1 COMPARABILIDAD TRANSCULTURAL DEL MÉTODO Y MEDIDA

Inicialmente esta tesis doctoral contaba con un importante reto, al querer comparar constructos teóricos asociados al envejecimiento con éxito y el bienestar subjetivo en personas mayores participantes de programas universitarios para mayores, en dos países que comparten valores culturales de predominancia colectivista y patrones culturales asociados a la conformación familiar. Por otro lado, también comparten lenguaje, aspectos que según los antecedentes de la psicología transcultural permitían en principio plantearse hipótesis transculturales. Aun así, en el desarrollo de esta tesis doctoral, en el que se llevó a cabo dos procesos de recolección de datos por separado, debían considerarse homologar los procedimientos de recolección, manejo y sistematización de la información bajo los mismos criterios, por ejemplo: aquellos de inclusión de personas participantes. Por lo tanto, se buscó trabajar con personas con altos niveles de participación social durante la vejez.

El proyecto LOL en España y Costa Rica ofreció lo necesario para resolver estas problemáticas. Se logra así trabajar con personas mayores, principalmente mujeres casadas, en edades en promedio en un rango de 60-70 años, residentes en zonas urbanas de la comunidad Valenciana y del cantón central de Heredia en Costa Rica, que eran participantes activas de los programas universitarios para mayores en la Universidad de Valencia y en la Universidad Nacional de Costa Rica en el momento de la recolección de información. Todos estos aspectos permitieron contar con criterios de comparabilidad de método, y por lo tanto, continuar con la segunda fase de comparabilidad de medida.

Con respecto a la comparabilidad de medida, tal cómo se describió en los resultados y en el apartado de discusión, se utilizaron las mismas medidas en ambas muestras, lo que permitió contar con evidencias psicométricas favorables y similares. Este proceso se realizó bajo la lógica de análisis de la teoría clásica de los test, permitiendo así contar con evidencias de solidez metodológica de los análisis realizados. A manera de resumen, se pudo demostrar la solidez de consistencia interna y validez de criterio y nomológica. Y finalmente adecuados comportamientos de validez de constructo mediante análisis de AFC que dieron cuenta de la estructura teórica-factorial subyacente en los datos de las personas estudiadas, siendo coincidentes con las estructuras originales de la mayoría de las escalas utilizadas.

Se debe destacar en este caso que los indicadores del envejecimiento con éxito estudiados tanto de resultado (Bienestar hedónico y eudaimónico) así como los del proceso (modelo PCP), presentaron adecuadas evidencias de validez y fiabilidad en ambas muestras. Ahora bien, en casos específicos se debe continuar con la revisión psicométrica no solo desde la teoría clásica de los test sino también, y sobre todo en el contexto de estudios con hipótesis transculturales, profundizar en el comportamiento específico de los ítems por medio de acercamientos como la teoría de respuesta de ítems, que sin duda darán nuevos elementos a considerar bajo la indagación del efecto moderador cultural en la comprensión de ítems y escalas utilizadas; siendo así una rama de análisis poco desarrollada en la indagación de estudios sobre envejecimiento con éxito y escalas desarrolladas para personas adultas mayores.

Finalmente, el uso de las escalas utilizadas se recomienda para población mayor, como en el contexto del estudio sobre envejecimiento con éxito. Se debe indicar que,, en el caso de la escala de Ryff, en esta investigación no resultó ser un buen indicador unidimensional del bienestar psicológico, sin embargo, nuestros datos si dan evidencia que sus sub-escalas son buenos indicadores claves del bienestar psicológico siguiendo la lógica teórica del bienestar eudaimónico durante la vejez revisada en esta tesis doctoral.

Con respecto a la escala de satisfacción con la vida, se debe considerar que sin bien se buscó utilizar el componente temporal en la medida de este indicador en los modelos estructurales probados, los análisis apuntaban a que no aportaba suficiente información y comprensión de la satisfacción con la vida en la vejez, por lo que su aplicación debe interpretarse con cautela, por esta razón en los análisis estructurales

solo se utilizó el componente temporal de la satisfacción con la vida presente ya que la satisfacción con la vida pasada y futura no aportaban varianza explicada y aumentaban el error de medición y por consiguiente el sistemático. Se considera necesario plantear revisiones posteriores desde otros acercamientos psicométricos que aporten evidencia de la particularidad cultural, incluso considerando efectos de cohorte en la revisión del componente temporal de la satisfacción con la vida.

9.2 COMPARABILIDAD TRANSCULTURAL DE LOS MODELOS TEÓRICOS DE ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO ESTUDIADOS.

En primer lugar, es importante dar cuenta de la ubicación de las personas estudiadas en el continuo de los indicadores estudiados. A manera de resumen si bien existieron leves diferencias entre países de algunos indicadores, la tendencia indicó un comportamiento similar en la mayoría de los indicadores, se puede rescatar principalmente la diferencia que más adelante se profundizará sobre la importancia relativa que se le otorgó al indicador de la espiritualidad entre muestras; siendo para la muestra costarricense más importante que para la muestra española como se pudo demostrar principalmente en el modelo estructural del bienestar hedónico y eudaimónico, y que se diluyó en el modelo estructural PCP de invarianza cuando se puso en juego el análisis del modelo sobre los efectos directos e indirectos del modelo PCP. Sobre los demás indicadores los datos evidencian invarianza en los parámetros estructurales y cargas factoriales, aunque como bien se pudo ver, existieron diferencias entre medias y dispersión de los datos fue mínima lo que no representó diferencias significativas en los demás indicadores.

Así tal como se ha descrito en literatura científica el hecho que estas personas estaban dentro de programas de aprendizaje a lo largo de la vida, se cree influye a que estas personas mantuvieran los indicadores estudiados por arriba de la media respectiva, en resumen eran personas con altos puntajes en bienestar hedónico y eudaimónico, acompañados con buenos indicadores de percepción de salud, auto-cuido, redes de apoyo y apoyo social y finalmente altos puntajes en espiritualidad principalmente en las personas costarricenses, por lo que no son personas con características que permitan la generalización de los resultados a la realidad de la población adulta mayor en ambas países estudiados, quizá sí y necesitará mayor indagación futura en población mayor con altos niveles de participación social.

Ahora, en el contexto de los modelos de envejecimiento con éxito estudiados, tal cual muestran los resultados en esta tesis doctoral, se hizo énfasis en las ventajas de un modelo de proceso (Modelo PCP) versus un modelo clásico de resultado (Bienestar Hedónico y Eudaimónico); lo que permitió dar cuenta de la parsimonia y ventajas teóricas del modelo PCP al incluir en el modelo explicativo, que indica la aparente dirección de las relaciones entre variables y las dinámicas de relaciones e influencias directas e indirectas sobre la variable resultado (Bienestar subjetivo). Al parecer en ambos modelos la invarianza se sostuvo en todos sus criterios y supuestos, lo que da fuerza a la hipótesis que no hay un efecto moderador de la cultura entre las muestras estudiadas, es decir, en el contexto de las variables estudiadas predominaron las semejanzas empíricas.

Se debe rescatar la importancia del concepto de estrategias de adaptación y estrategias proactivas que potencian los resultados de calidad de vida durante la vejez del modelo PCP. Si bien como se argumenta en el capítulo anterior la participación social no se incluyó como una estrategia proactiva y correctiva, se cree coherente su inclusión por el perfil de las personas participantes; al ser todas las personas mayores participantes de programas universitarios de mayores. En específico la variable de autocuidado vincula la integración de fuerzas que desarrollan las personas para potenciar el bienestar, en tanto existan co-requisitos en el proceso como: recursos internos y externos, así como antecedentes que en el contexto del modelo PCP centren su influencia sobre la variable resultado a través de la estrategia proactiva.

Una de las principales conclusiones de esta tesis doctoral es la universalidad en términos culturales de esta estrategia en ambas muestras, aspecto que podría tener innumerables posibilidades de acción en el marco del desarrollo de estrategias de sensibilización a la población mayor e incidencia en política pública tanto en Costa Rica como en el contexto español. Claro está que se reconoce que existen otras variables que pueden ser incluidas en futuras indagaciones sobre los elementos o determinantes claves del envejecimiento con éxito, sin embargo, esta tesis doctoral se convierte en un primer acercamiento a la validación transcultural en contextos iberoamericanos de los modelos de envejecimiento con éxito, área poco desarrollada en la literatura científica sobre el tema.

Sobre lo anterior, dada la naturaleza de los principios de la psicología del ciclo vital y de la psicología transcultural planteados en esta tesis doctoral, se debe hacer honor a la necesidad de replantearse los modelos del envejecimiento con éxito como meta-modelos, en el entendido que no se cuenta con datos contundentes que supongan que estos modelos son universales y, como se dijo en otra parte de este documento, esta práctica deviene en errores metodológicos y teóricos que provocan invisibilizar las particularidades culturales y así se validen modelos que no rescaten la especificidad y la riqueza cultural. Este énfasis se considera imperante en un mundo con constantes flujos migratorios y en cambios demográficos hacia el envejecimiento poblacional, donde se envejece en contextos multiculturales.

En esta tesis doctoral se debe reconocer la particularidad cultural, principalmente de las culturas hispanas-latinoamericanas con mayor tradición colectivista no solo de la importancia que dota a la conformación social-familiar asociada al valor cultural del familismo y a la inter-dependencia emocional que si bien puede tener tanto connotaciones negativas como positivas, en el contexto de las personas mayores estudiadas se decanta por connotaciones positivas, o que al menos las negativas no se probaron en esta investigación, no se podría afirmar que no existan. Se considera que es posible aventurarse a plantear que las positivas superan las negativas en el balance socio-emocional planteado por teóricas de la psicología del ciclo vital como, Margareth Baltes y Laura Carstensen (1999), al indicar que en la vejez los recursos sociales juegan un elemento clave en la conformación del sentido de vida en la vejez, como en el bienestar subjetivo evidenciado en nuestros resultados.

Finalmente, y como nuevo aporte de esta tesis doctoral en el contexto costarricense y español, es la importancia relativa de la espiritualidad y su relación con el bienestar subjetivo. Tal como lo indica la literatura antecedente en contextos asiáticos y en latinos residentes en Norte América, hay una clara influencia positiva entre estas dos variables en población mayor. Pocos estudios han tenido este énfasis de vincular estas dos variables juntas con los modelos de envejecimiento con éxito y mucho menos en indagaciones transculturales; sobre todo en la línea de lo planteado por Kahana y Kahana (1995) la espiritualidad podría resultar o bien un recurso interno una estrategia proactiva de adaptación. Claro está que los resultados de esta tesis no son concluyentes, resulta un primer acercamiento que debe ser potenciado en investigaciones futuras.

Ahora bien, como conclusión final, si el envejecimiento poblacional supone un éxito para la humanidad, es también un desafío, cuya meta es tanto el conseguir una mayor esperanza de vida, además, de vivirla con calidad. Se trata de que las personas mayores puedan desarrollar una vida autónoma, en condiciones favorables. Este es, quizás, uno de los mayores desafíos a los que ha de hacer frente la psicología y gerontología en materia de envejecimiento y que esta tesis doctoral da cuenta de importantes claves para posibles líneas futuras de investigación que se profundizan a continuación.

Con respecto a las limitaciones y futuras líneas de investigación, en primer lugar, la principal limitación del presente estudio viene dada por la naturaleza transversal de los datos, que permite lograr efectos predictivos y pero no explicativos, lo que limita el alcance de las interpretaciones en posibles relaciones causales propias de diseños experimentales o longitudinales. Investigación futura sobre las hipótesis probadas en esta tesis debe buscar su comprobación con hipótesis longitudinales. Por lo tanto, se considera necesario incluir en futuras revisiones más tiempos de medida con diseños longitudinales de panel o transecuenciales de cohorte, para comprobar relaciones causales. El principal inconveniente de los diseños transversales es la facilidad de confundir los efectos de la edad con los efectos de la generación, en otras palabras, atribuir los efectos a la edad cuando en realidad son efectos de cohorte, así como establecer relaciones causales entre las variables en diseños transversales.

También puede suceder que los datos estén afectados por las circunstancias y hechos históricos que acaecieron en el momento de tomar los registros o bien por algunos factores como las diferentes experiencias históricas y culturales. De manera que, en los estudios transversales, en lo relativo a las diferencias de edad, adolecen de una confusión entre cambios de edad y cohorte, pues no es posible tener la certeza de si las diferencias obtenidas son debidas al nivel de desarrollo o a la generación a la que pertenecen o cultura. Además, proporcionan una representación aproximada del desarrollo del proceso y no permiten apreciar los cambios evolutivos u ontogenéticos que suceden a través del tiempo en la muestra seleccionada.

En segundo lugar, se considera otra limitante que ambas muestras fueran muy homogéneas en todos los indicadores medidos por su representatividad o generabilidad a la población mayor. Sin embargo, este hecho en el contexto de las hipótesis transculturales resultó una ventaja. Se considera necesario en indagaciones futuras contar con mayor variabilidad en las características culturales y sociodemográficas, así

como de nivel de participación social para comprobar hipótesis de posibles efectos de las variables estudiadas sobre el bienestar subjetivo durante la vejez.

Por otra parte, al tratarse de un estudio transversal-correlacional, la dirección de las relaciones establecidas podría no asegurarse con certeza. Es decir, no se podría afirmar que el bienestar es predicho o es predictor. En este sentido, se enlaza con el planteamiento antes mencionado de la conveniencia de realizar y desarrollar investigaciones longitudinales para evaluar estos aspectos y la dirección de las relaciones encontradas entre estas variables.

Como tercera limitación, con respecto a las medidas utilizadas, es importante indicar como se dijo anteriormente que la Escala de Ryff presentó muy baja fiabilidad por lo que no se mostraron los análisis factoriales confirmatorios que permitiera confirmar su calidad psicométrica. Al ser la única medida del bienestar eudaimónico, los resultados encontrados deben ser interpretados a la luz de esta limitación. A pesar de que es una escala utilizada mundialmente con amplia evidencia como indicador del bienestar eudaimónico, debido a su naturaleza multidimensional el incluirla en un análisis estructural donde se parte de su conformación unidimensional aumentaría el error de medición (Bollen, 1989), en el cual la variable latente (bienestar eudaimónico) comparte varianza con los demás indicadores. En futuras investigaciones resultaría necesario pensar en otro tratamiento para los datos provenientes de este indicador o utilizar otro más pertinente con la naturaleza del tema indagado.

Asociada a la anterior limitación, se considera que el no contar con variables claves de los modelos de envejecimiento con éxito redujeron el valor predictivo de las variables estudiadas; como por ejemplo: variables bio-marcadoras, desempeño cognitivo, nivel socioeconómico-ingresos, condición objetiva de la condición de salud, que la literatura sobre modelos de envejecimiento con éxito también perfilan como relevantes predictores del bienestar subjetivo durante la vejez y que podrían haberse incluido en los modelos probados.

Los análisis transculturales se vieron limitados al no contar con indicadores que profundizaran el papel de valores culturales como el familismo y el colectivismo-individualismo en el contexto Latino y Mediterráneo para confirmar las hipótesis asociadas a la particularidad cultural y su efecto en los modelos del envejecimiento con éxito estudiados. Se recomienda en estudios que profundicen esta línea de trabajo medir

estas variables, en tanto se reconoce la necesidad de desarrollar modelos de envejecimiento con éxito más sensibles a las particularidades culturales.

Se considera importante a la luz de indagaciones de comparabilidad de medida en el contexto de estudios transculturales, realizar análisis del comportamiento de ítems para valorar sus implicaciones específicas de las escalas a utilizar ya que con acercamientos como la teoría clásica de los test utilizadas en esta tesis se pierden estos detalles, lo que se considera necesario para contar con mejores instrumentos para comprobar este tipo de hipótesis.

Se considera necesario incluir indicadores de nivel de participación social e indagaciones sobre la importancia de participar en programas de aprendizaje a lo largo de la vida como indicadores de conductas proactivas en los modelos de envejecimiento con éxito a la luz de modelos como el PCP probados en esta tesis.

Otras de las implicaciones de esta tesis doctoral es su relevancia para el contexto de políticas públicas con respecto al cambio demográfico actual y futuro en los países estudiados en el contexto de un mundo envejecido y en constantes flujos migratorios que como se dijo anteriormente, esta tesis resulta un primer acercamiento a cuestionarse principios que se plantean como generalizadores hacia el proceso de buen envejecer pero que en contexto multiculturales podría no sostenerse. Se considera que este elemento cultural debe ser incorporado en cualquier indagación que se realice sobre el proceso del envejecimiento siguiendo la lógica teórica del desarrollo humano multidimensional y multidireccional de la psicología del ciclo vital.

Finalmente, esta tesis representa un esfuerzo inicial para proporcionar información cultural sobre el modelo de PCP y el modelo de bienestar hedónico y eudaimónico en dos culturas cercanas. Este énfasis nos dio la oportunidad de representar las similitudes culturales relativas en el análisis invariante; como también puso sobre la mesa la importancia cultural de variables tales como los sistemas espiritualidad y recursos sociales para las culturas mediterráneas y latinoamericanas relacionadas con los resultados relativos al envejecimiento con éxito; con el fin de generar evidencias de validez sensibles a las especificidades culturales teóricas de estos. Aun así, ya que esta línea de investigación es incipiente, se espera que sea un avance notable para la investigación psicológica y gerontológica en el futuro mundo envejecido.

Capítulo 10

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J., & Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 76. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-76>
- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A., & Pujol, R. (2019). *Un perfil de las personas mayores en España, 2019m* Indicadores estadísticos básicos. Madrid. En <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
- Abellán, A., Ayala, A., & Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Madrid.* En <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., & Pujol, R. (2018). *Informes Envejecimiento en red no 17. Un perfil de las personas mayores en España, 2018.* Indicadores estadísticos básicos. Madrid. En <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
- Alberola, S., Oliver, A., y Tomás, J. M. (2017). Validación de un modelo intercultural de envejecimiento exitoso en población española. *Gerokomos*, 28(2), 63-67.
- Alonso, A., Rodríguez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*, 19(2), 118-123.
- Allardt, E. (1996). *Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar.* En M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.
- Alley, D. E., Putney, N. M., Rice, M., & Bengtson, V. L. (2010). The increasing use of theory in social gerontology: 1990–2004. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(5), 583-590. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq053>

- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and preliminary examination of the convoy model. *Gerontological Society of America*, 42(5), 519-527. <https://doi.org/10.1093/geronj/42.5.519>
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2013). The Convoy Model: Explaining Social Relations From a Multidisciplinary Perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82-92. DOI:10.1093/geront/gnt118
- Antonucci, T. C., Akiyama, H., & Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attachment and Human Development*, 6(4), 353-370. <https://doi.org/10.1080/1461673042000303136>
- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., Sherman, C. W., & Trinh, S. (2011). Stability and change in the intergenerational family: A convoy approach. *Ageing and Society*, 31(7), 1084-1106. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000098X>
- Arrindell, W. A., Heesink, J., & Feij, J. A. (1999). The satisfaction with life scale (SWLS): Appraisal with 1700 healthy young adults in The Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 815-826. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00180-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00180-9)
- Aspinwall, L. (2011). *Future-oriented thinking, proactive coping, and the management of threats to health and well-being*. En S. Folkman & P. Nathan (Eds.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 334–365). New York: Oxford University Press.
- Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1255-1260. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00332-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00332-X)
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/727/72712226/>
- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., João, M., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., & Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en

- adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 317-324. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.009>
- Bai, X., Wu, C., Zheng, R., & Ren, X. (2011). The psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale using a nationally representative sample of China. *Journal of Happiness Studies*, 12(2), 183-197. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9186-x>
- Baigi, A., Hildingh, C., Virdhall, H., & Fridlund, B. (2008). Sense of coherence as well as social support and network as perceived by patients with a suspected or manifest myocardial infarction: a short-term follow-up study. *Clinical Rehabilitation*, 22(7), 646-652. <https://doi.org/10.1177/0269215507086237>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). *Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation*. In B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge, United Kindom: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Freund, A. M., & Li, S. C. (2005). *The psychological science of human ageing* (pp. 47-71). In Johnson, M., Vern, L., Coleman, P, and Kirkwood (Ed) *The Cambrige Handbook of Age and Ageing*. UK: Cambridge University Press.
- Bandalos, D. L., & Finney, S. J. (2001). *Item parceling issues in structural equation modeling*. In G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.) *New Developments and Techniques in Structural Equation Modeling* (pp. 269–296). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.

- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., & Barbero, J. (2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(6), 1008-1018.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, 10(3), 257-264. <https://doi.org/10.1080/13607860500409435>
- Berglund, H., Hasson, H., Wilhelmson, K., Dunér, A., & Dahlin-Ivanoff, S. (2016). The impact of socioeconomic conditions, social networks, and health on frail older people's life satisfaction: a cross-sectional study. *Health Psychology Research*, 4(1), 26-31. <https://doi.org/10.4081/hpr.2016.5578>
- Bhatta, T., Angel, J. L., Kahana, E., & Kahana, B. (2016). Valuation of life among Cuban Hispanics: Racial differences in perceived disability in later life. *The Gerontologist*, 56, pp. 624-625.
- Biggs, S., Carstensen, L., & Hogan, P. (2012). Social capital, lifelong learning and social innovation. In World Economic Forum, Global Population Ageing: Peril or Promise? (pp. 39–41). En https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/1288/2013/10/PGDA_WP_89.pdf#page=42
- Binder Oyserman, D., Hanke, K., & He, J. (2018). On Detecting Systematic Measurement Error in Cross-cultural Research: A Review and Critical Reflection on Equivalence and Invariance Tests. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49(5), 713-734. [ps://doi.org/10.1177/0022022117749042](https://doi.org/10.1177/0022022117749042)
- Binder, C. C. (2018). Redistribution and the Individualism–Collectivism Dimension of Culture. *Social Indicators Research*, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s11205-018-1964-6>

- Bishop, A. J., Martin, P., & Poon, L. (2006). Happiness and Congruence in Older Adulthood: A structural Model of Life Satisfaction. *Aging and Mental Health*, 10(5), 445-453. <https://doi.org/10.1080/13607860600638388>
- Blanco-Molina, M., & Salazar-Villanea, M. (2014). *Escala de Satisfacción con la Vida para adultos mayores de Emmons, Larsen y Griffin*. En Smith-Castro, V (Ed) Cuadernos Metodológicos. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.
- Blanco-Molina, M., & Salazar-Villanea, M. (2017). Predictores socioemocionales y cognitivos: su papel en la comprensión del envejecimiento con éxito en el contexto costarricense. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.psc>
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science and Medicine*, 66(8), 1733-1749. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030>
- Blázquez, F. P., Hernández, C. Y. G., & Calvillo, M. A. M. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(02), 223-232.
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., ... Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649-657. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1)
- Boer, D., Hanke, K., & He, J. (2018). On detecting systematic measurement error in cross-cultural research: A review and critical reflection on equivalence and invariance tests. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49(5), 713-734.
- Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607-618.

- Borghi, A. M., & Fini, C. (2019). Theories and Explanations in Psychology. *Frontiers in Psychology, 10*, (958), 1-3. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00958
- Boswell, G. H., Kahana, E., & Dilworth-Anderson, P. (2006). Spirituality and healthy lifestyle behaviors: Stress counter-balancing effects on the well-being of older adults. *Journal of Religion and Health, 45*(4), 587-602. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9060-7>
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it?. *BMJ, 331*(7531), 1548-1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>
- Bowling, A., & Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing, 35*(6), 607-614.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement for Social Support in Family Medicine Patients. *Medicine Care, 26*, 7, 709-723.
- Brownie, S. (2014). Older australian's motivation for university enrollment and their perception of the role of tertiary education in promoting healthy aging: a national cross-sectional study. *Educational Gerontology, 40*(10), 723-736. DOI: 10.1080/03601277.2014.886860
- Busseri, M. A., Choma, B. L., & Sadava, S. W. (2009). "As good as it gets" or "The best is yet to come"? How optimists and pessimists view their past, present, and anticipated future life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 47*(4), 352-356.
- Busseri, M. A., Choma, B.L., & Sadava, S.W. (2012). Subjective temporal trajectories for subjective well-being. *The Journal of Positive Psychology, 7*(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2011.565784>
- Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society, 22*(12), 529-535. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1974.tb04823.x>

- Byrne, B. (2012). *Structural Equation Modeling with Mplus: Basic Concepts, Applications, and Programming*. New York : Routledge Academic.
- Calatayud, P. (2016). *Factores asociados al envejecimiento con éxito: aportaciones del ejercicio físico*. Universitat de València.
- Calzada, E.J., Tamis-LeMonda, C.S., & Yoshikawa, H. (2012) Familismo in Mexican and Dominican families from low-income, urban communities. *J.Fam.Issues* 34,1696–1724. DOI:10.1177/0192513X12460218
- Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L., y Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(6): 326–331.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.010>
- Carpentieri, J. D., Elliott, J., Brett, C. E., & Deary, I. J. (2017). Adapting to Aging: Older people talk about their use of Selection, Optimization, and Compensation to maximize Well-being in the context of physical decline. *The Journals of Gerontology Series B*, 72(2), 351-361. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw132>
- Carstensen, L. L. (1991). *Selectivity Theory: Social Activity in Life-span Context*. En K. W. Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, Volume 11, Behavioral Science & Aging (pp. 195-217): New York, Springer Publishing Company.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156.
- Carstensen, L. L., & Löckenhoff, C. E. (2003). *Aging, Emotion, and Evolution: The Bigger Picture*. In P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson, & F. B. M. de Waal (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences*: Vol. 1000. Emotions inside out: 130 years after Darwin's: The expression of the emotions in man and animals (pp. 152-179). New York, NY, US: New York Academy of Sciences. <https://doi.org/10.1196/annals.1280.008>

- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103-123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos Research on social support and health: current status and new challenges. *Revista Saúde Pública*, 31(4), 425-35. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2277.pdf>
- Castro-Solano, A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(31), 37-57
- Casullo, M. M., & Solano, A. C. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-68.
- Caycho, T., Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo, N., & Carbajal, C. (2014). Psychometric Analysis of Functional Social Support Questionnaire DUKE-UNK-11 in Peruvian Migrants in Italy. *Pensamiento Psicológico*, 12(2), 25-35.
- Clench-Aas, J., Nes, R. B., Dalgard, O. S., & Aarø, L. E. (2011). Dimensionality and measurement invariance in the Satisfaction with Life Scale in Norway. *Quality of Life Research*, 20(8), 1307-1317. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9859-x>
- Commission of the European Communities. (2007). *Action Plan on Adult Learning: It is always a good time to learn*. In <http://hdl.voced.edu.au/10707/37254>.
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2013). Lay perspectives of successful ageing: A systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6), e002710. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002710>
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 373-381. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002287>

- Cowlshaw, S., Niele, S., Teshuva, K., Browning, C., & Kendig, H. (2013). Older adults' spirituality and life satisfaction: a longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing & Society*, 33(7), 1243-1262. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000633>
- Crowther, M.R., Parker, M.W., Achenbaum, W.A., Larimore, W.L., & Koenig, H.G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality-The Forgotten Factor. *The Gerontologist*, 42, 613-620. <https://doi.org/10.1093/geront/42.5.613>
- Cuadra-Peralta, A., Cáceres, E., & Guerrero, K. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite, Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 57-68.
- Cuéllar-Flores, I. & Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34).
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). Growing old: The Process of Disengagement. New York: Basic Books.
- Curcio, C.-L. (2014). Envejecimiento exitoso: consideraciones críticas. *Revista ACGG*, 28(1), 1995-1977. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/profile/Carmen-Lucia_Curcio/publication/278785823_Envejecimiento_exitoso_consideraciones_criticas/links/5a00eff2a6fdcc82a3168ec4/Envejecimiento-exitoso-consideraciones-criticas.pdf
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 136.

- Chatterjee, M. B., Baumann, N., Osborne, D., Mahmud, S. H., & Koole, S. L. (2018). Cross-Cultural Analysis of Volition: Action Orientation Is Associated With Less Anxious Motive Enactment and Greater Well-Being in Germany, New Zealand, and Bangladesh. *Frontiers in psychology*, 9 (1043), 1-11. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01043
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J., ... & Ryan, R. M. (2015). Basic Psychological Need Satisfaction, Need Frustration, and Need Strength across Four Cultures. *Motivation and Emotion*, 39(2), 216-236. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9450-1>
- Cheng, S. T. (2014). Defining successful aging: The need to distinguish pathways from outcomes. *International Psychogeriatrics*, 26(4), 527-531. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001713>
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing MI. *Structural Equation Modeling*, 9, 235-255.
- Chin-Shan, H. (2005) The Development of a University for Older Adults in Taiwan: An Interpretive Perspective, *Educational Gerontology*, 31:7, 503-519, DOI: 10.1080/03601270590962488
- Church, A. T., Katigbak, M. S., Locke, K. D., Zhang, H., Shen, J., de Jesús Vargas-Flores, J., ... & Mastor, K. A. (2013). Need Satisfaction and Well-being: Testing Self-determination Theory in eight Cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(4), 507-534.
- Da Trindades-Prestes, E. M. y Santos-Diniz, A. V. (2015). Educación y aprendizaje a lo largo de la vida: los adultos y la enseñanza superior. *Sinéctica*, (45), 1-20.
- Dalstra, J. A. A., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2006). A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Social Science and Medicine*, 62(8), 2046-2060. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.09.001>

- de Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., van den Berg, M., Van Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W. B. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience: A review of spirituality questionnaires. *Journal of Religion & Health*, 51(2), 336-354. DOI 10.1007/s10943-010-9376-1
- De Maio-Nascimento, M., & Giannouli, E. (2019). Active aging through the University of the Third Age: the Brazilian model. *Educational Gerontology*, 45(1), 11-21. DOI:10.1080/03601277.2019.1572998
- Decancq, K., & Michiels, A. (2017). Measuring Successful Aging with Respect for Preferences of Older Persons. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(2), 364-372. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx060>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1-11.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). *Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory*. In R. M. Ryan (Ed.), *Oxford Handbook of Human Motivation* (pp. 85–107). Oxford, UK: Oxford. University Press.
- Delle-Fave, A., & Bassi, M. (2009). The contribution of diversity to happiness research. *Journal of Positive Psychology*, 4, 205–207. <https://doi.org/10.1080/17439760902844319>
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2009). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *Focus*, 7(1), 137-150. <https://doi.org/10.1176/foc.7.1.foc137>

- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Spanish adaptation of the Psychological Weil-Being Scales (PWBS). *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado a partir de <http://europepmc.org/abstract/med/17296089>
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (1994a). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157. <https://doi.org/10.1007/BF01207052>
- Diener, E. (1994b). El bienestar subjetivo. *Psychosocial Intervention: Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 3(8), 67-114. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2016504>
- Diener, E. (2009). *Conclusion: What we have learnt and where we go next*. In E. D. Diener (Eds.). *Culture and Well-Being* (pp. 288). New York: Springer.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. In: Diener E. (eds) *Culture and Well-Being. Social Indicators Research Series, vol 38*. Springer, Dordrecht
- Diener, E., & Diener, M. (2009). *Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem*. En E. Diener (Ed.), *Culture and Well-Being. Social Indicators Research Series, vol. 38* (pp. 71-91). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0_4
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective Well-being: A General Overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406. <https://doi.org/10.1177%2F008124630903900402>
- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and Validity of Life Satisfaction Scales. *Social Indicators Research*, 112(3), 497-527. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0076-y>

- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305–314. Doi:10.1037/0003-066x.61.4.305
- Diener, E., Scollon, C.N. & Lucas, R.E. (2009) The Evolving Concept of Subjective Well-Being: The Multifaceted Nature of Happiness. In: Diener E. (eds) Assessing Well-Being. *Social Indicators Research Series*, vol 39. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_4
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276.
- Doyle, M., & Timonen, V. (2009). The different faces of care work: understanding the experiences of the multi-cultural care workforce. *Ageing & Society*, 29(3), 337-350.
- Dumitrache, C. G. (2014). *La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Granada. Recuperado a partir de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/34429>
- Dumitrache, C. G., Rubio, L., & Cerdón-Pozo, E. (2019). Successful aging in Spanish Older Adults: The Role of Psychosocial Resources. *International Psychogeriatrics*, 31(2), 181-191. DOI:10.1017/S1041610218000388
- Dumitrache, C. G., Rubio, L., & Rubio-Herrera, R. (2017). Perceived Health Status and Life Satisfaction in Old Age, and the Moderating Role of Social Support. *Aging & Mental Health*, 21(7), 751-757. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156048>
- Dy-Liacco, G. S., Piedmont, R. L., Murray-Swank, N. A., Rodgeron, T. E., & Sherman, M. F. (2009). Spirituality and religiosity as cross-cultural aspects of human experience. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1(1), 35.
- Ebner, N. & Freund A. M. (2007). *Personality Theories of Successful Aging*. In: Blackburn, J. A & Dulmus, C. N. (Eds.) *Handbook of Gerontology: Evidence-Based Approaches to Theory, Practice, and Policy*. NY,US: John Wiley & Sons, Inc.

- Ehrhardt, J. J., Saris, W. E., & Veenhoven, R. (2000). Stability of life-satisfaction over time. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 177-205.
- Engler, T., & Peláez, M. B. (Eds) (2002). *Más vale por viejo : lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Washington DC: Banco interamericano de Desarrollo/ Pan American Health Organization. En <https://publications.iadb.org/en/bitstream/handle/11319/244/M%C3%A1s%20vale%20por%20viejo.pdf?sequence=1>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938-944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Escolar, R. L., & De Guzman, A. B. (2014). Effects of third age learning programs on the life satisfaction, self-esteem, and depression level among a select group of community dwelling Filipino Elderly. *Educational gerontology*, 40(2), 77-90. DOI: 10.1080/03601277.2012.701157
- Escolar, R. L., & De Guzman, A. B. (2014). Effects of Third Age Learning Programs on the Life satisfaction, Self-esteem, and Depression level among a Select Group of Community Dwelling Filipino Elderly. *Educational gerontology*, 40(2), 77-90. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2012.701157>
- European Commission (2010). *Grundtvig*. Brussels: European Commission. In http://eacea.ec.europa.eu/llp/events/infoday2010/pdf_1pp/4_2_grundtvig_en.p
- Feng, Q., & Straughan, P. T. (2016). What does successful aging mean? Lay perception of successful aging among elderly Singaporeans. *Journals of Gerontology Series B*: 2(2), 204-213. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw151>
- Fernandez-Ballesteros, R. (2002). Social Support and Quality of Life Among Older People in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645-659. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00282>
- Fernández-Ballesteros, R., García, L. F., Abarca, D., Blanc, L., Efklides, A., Kornfeld, R., ... & Paúl, C. (2008). Lay concept of aging well: Cross-cultural comparisons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 950-952. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01654.x>

- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Caprara, M. G. (2007). Quality of life, life satisfaction, and positive ageing. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. An European perspective for an ageing world* (pp. 196-223). Gottingen, Germany: Hogrefe Publishing.
- Fernández-Ballesteros, R., Reig, A., & Zamarrón, M. D. (2009). Evaluación en Psicogerontología. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Psicología de la Vejez. Una Psicogerontología Aplicada* (pp. 35-96). Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. Á., Díez, J., Montero, P., & Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647. <https://www.redalyc.org/html/727/72715515016/>
- Fernández-García, A., García-Llamas, J. L., & Pérez-Serrano, G. (2014). Los Programas Universitarios de Mayores y su contribución al aprendizaje a lo largo de la vida. *Revista Complutense de Educación*, 25(2), 521-540.
- Field, J. (2009). *Well-being and happiness. Inquiry into Future for Lifelong Learning*. England and Wales: National Institute of Adult Continuing Education. En www.niace.org.uk
- Finney, S. J. y DiStefano, C. (2013). *Nonnormal and categorical data in structural equation modeling*. En G. R. Hancock y R. O. Mueller (Eds.). *Structural Equation Modeling: A Second Course* (2ª Ed.) (pp. 439-492). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (2008). Profiles of social relations among older adults: A cross-cultural approach. *Ageing and Society*, 28(2), 203-231. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006472>
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social Network Typologies and Mental Health among Older Adults. *Journals of Gerontology Series B*: 61(1), 25-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P25>
- Folkman, S. (2013). *Stress: appraisal and coping*. In Gellman, M. D. & Turner, J. R. *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1913-1915). Springer New York

- Formosa, M. (2012). Education and older adults at the University of the Third Age. *Educational Gerontology*, 38(2), 114-126. DOI: 10.1080/03601277.2010.515910
- Formosa, M. (2013) *Late-Life Learning in the European Union: Implications for Social and Public Policy*. In Phellas, C. (Ed.) *Aging in European Societies: Healthy Aging in Europe*. EBook. Springer. DOI 10.1007/978-1-4419-8345-9
- Formosa, M. (2014). Four decades of Universities of the Third Age: past, present, future. *Ageing & Society*, 34(1), 42-66.
- Formosa, M. (2019) (Ed.) *The University of the Third Age and Active Ageing: European and Asian-Pacific Perspectives*. eBook.Switzerland: Springer.
- Freund, A. M. (2003). *The intermarriage of wisdom and selective optimization with compensation: Two meta-heuristics guiding the conduct of life*. In *Flourishing: Positive Psychology and the life Well-lived* (pp. 249-273). American Psychological Association.
- Freund, A. M. (2006). Age-differential Motivational Consequences of Optimization versus Compensation focus in Younger and Older Adults. *Psychology and Aging*, 21(2), 240. <https://doi.org/10.1080/15427600802034827> Baltes, P. B., &
- Fugl-Meyer, A. R., Bränholm, I. B., & Fugl-Meyer, K. S. (1991). Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clinical Rehabilitation*, 5(1), 25-33. <https://doi.org/10.1177/026921559100500105>
- Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P., Oliver, A., & Tomás, J. M. (2015). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (Temporal Satisfaction With Life Scale, TSLS): un estudio en mayores que acuden a programas universitarios. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 335-344. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i3.136>
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2015). Validation of a New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1017/SJP.2015.71>

- Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M., Trouillet, R., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2013). Relationship between Life Satisfaction and Physical Health in Older Adults: A longitudinal Test of Cross-lagged and Simultaneous Effects. *Health Psychology, 32*(8), 896.
- Gibb, J., Cameron, I. M., Hamilton, R., Murphy, E., & Naji, S. (2010). Mental health nurses' and allied health professionals' perceptions of the role of the Occupational Health Service in the management of work-related stress: How do they self-care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(9), 838-845. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01599.x>
- Gibbons, J. L., & de Marsicovetere, R. F. (2017). Grandparenting in Mexico and Central America: "Time and Attention". In Shwalb & Hossain (Eds) *Grandparents in Cultural Context*; 39-62. USA: Routledge.
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS). *European Journal of Psychological Assessment, 27*, 127-132. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000058>
- Goler, T., Bhatta, T., Kahana, B., & Kahana, E. (2013). Racial differences in experiences and appraisals of stressful life events among urban elders. *The Gerontologist, 53*, 65-65.
- Gonzales, S. M. (2019). Cultivating familismo: belonging and inclusion in one Latina/o learning community. *International Journal of Inclusive Education, 1*–13. [doi:10.1080/13603116.2019.1602362](https://doi.org/10.1080/13603116.2019.1602362)
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., & Deary, I. J. (2007). Social Support and Successful Aging. *Journal of Individual Differences, 28*(3), 103-115. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>
- Guimarães, D. S. (2018). Towards a Cultural Revision of Psychological Concepts. *Culture & Psychology, 0* (0), 1-11. DOI: 10.1177/1354067X18820632
- Gutiérrez, M., Galiana, L., Tomás, J. M., Sancho, P., & Sanchís, E. (2014). La predicción de la satisfacción con la vida en personas mayores de Angola: El efecto moderador del género. *Psychosocial Intervention, 23*(1), 17-23. <https://doi.org/10.5093/in2014a2>

- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. En In: *Notas de Población*. AÑO XXIX, No 77 (pp. 35-70). Santiago de Chile, Chile: CEPAL/CELADE. Recuperado a partir de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12750>
- Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97(3), 397-417.
- Havighurst, R. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Havighurst, R., Neugarten, B., & Tobin, S. (1963). *Disengagement, personality and life satisfaction in the later years*. In P. F. Hansen (Ed.), *Age with a Future* (pp. 419–425). Copenhagen, Denmark: Munksgaard.
- Hayslip, B. & Champa, B. P. (2007). *Cognitive and Affective Theories of adult development*. In: Blackburn, J. A & Dulmus, C. N. (Eds.) *Handbook of Gerontology: Evidence-Based Approaches to Theory, Practice, and Policy*. NY, US: John Wiley & Sons, Inc.
- Hilton, J. M., & Child, S. L. (2014). Spirituality and the successful aging of older Latinos. *Counseling and Values*, 59(1), 17-34. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2014.00039.x>
- Hilton, J. M., Gonzalez, C. A., Saleh, M., Maitoza, R., & Anngela-Cole, L. (2012). Perceptions of successful aging among older Latinos, in cross-cultural context. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(3), 183-199. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9171-4>
- Hill, T.D., Burnette, A.M., Angel, J.L & Angel, R.J (2006) Religious Attendance and Cognitive Functioning Among Older Mexican American. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 61B(1) P3-P9 DOI: 10.1093/geronb/61.1.p3
- Hoffman, R. (2006). A wave of spirituality: How our faith is transforming America. *Hispanic*, 18(12), 44-45.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hong, M., Casado, B. L., & Harrington, D. (2011). Validation of Korean Versions of the Lubben Social Network Scales in Korean Americans. *Clinical Gerontologist*, 34(4), 319-334. <https://doi.org/10.1080/07317115.2011.572534>
- Hori, S., & Cusack, S. (2006). Third-age education in Canada and Japan: Attitudes toward aging and participation in learning. *Educational Gerontology*, 32(6), 463-481. DOI: 10.1080/03601270600685677
- Høy, B., Wagner, L., & Hall, E. O. C. (2007). Self-care as a health resource of elders: An integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 456-466. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x>
- Hsu, H. C., & Jones, B. L. (2012). Multiple trajectories of successful aging of older and younger cohorts. *The Gerontologist*, 52(6), 843-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gns005>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Huang, C. S. (2005). The development of a university for older adults in Taiwan: An interpretive perspective. *Educational Gerontology*, 31(7), 503-519.
- Huang, C. S. (2006). The university of the third age in the UK: An interpretive and critical study. *Educational Gerontology*, 32(10), 825-842. DOI:10.1080/03601270600846428
- Huenchuan, S. (2018) (Ed.) *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Perspectiva regional y de Derechos Humanos*. No.154. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina, Naciones Unidas

- IMERSO. (2017). Informe 2016. *Las Personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO). En http://www.imerso.es/imerso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm
- INEC (2011) Estadísticas demográficas. 2011 – 2050. *Proyecciones nacionales. Población por años calendario, según sexo y grupos especiales de edades*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Gobierno Central. Costa Rica.
- INEC (2013). *Censo Nacional, Costa Rica*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Gobierno Central. Costa Rica. En <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística (2018) *Cifras de Población*. En http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- Instituto Nacional de Estadística . (2017). *Salud. Esperanza de vida en buena salud*. En http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis¶m2=1259926360363¶m4=Mostrar
- Iwamasa, G. Y., & Iwasaki, M. (2011). A Multidimensional Model of Successful Aging: Perception of Japanese American Older Adults. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26, 261–278. <https://doi.org/10.1007/s10823-011-9147-9>
- Jarvis, P. (2010). *Adult education and lifelong learning: Theory and Practice*. 4th edition. New York, USA: Routledge.
- Jeste, D. V, Depp, C. A., & Vahia, I. V. (2010). Successful Cognitive and Emotional Aging. *World Psychiatry*, 9(2), 78-84. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000369417.73882.da>
- Jordan, K.D., Masters, K.S., Hooker, S.A., Ruiz, J.M. & Smith, T.W. (2014), An Interpersonal Approach to Religiousness and Spirituality: Implications for Health and Well-Being. *J Pers*, 82: 418–431. doi:10.1111/jopy.12072

- Joshanloo, M. (2011). Investigation of the Contribution of Spirituality and Religiousness to Hedonic and Eudaimonic Well-being in Iranian Young Adults. *Journal Happiness Studies*, 12, 915-930.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 157-168. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0023>
- Jylha, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science and Medicine*, 69, 307–316. <http://doi:10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Kahana E, Bhatta T, Lovegreen L, Kahana B, Midlarsky E (2013) Altruism, helping and volunteering: pathways to well-being in late life. *Journal of Aging and Health*, 25: 159–187. <https://doi.org/10.1177/0898264312469665>
- Kahana, B., Harel, Z., & Kahana, E. (2005). *The Plenum Series on Stress and Coping. Holocaust survivors and immigrants: Late life adaptations*. New York, NY, US: Springer Science+ Business Media.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). *Conceptual and Empirical Advances in Understanding Aging Well through Proactive Adaptation*. En V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and Aging: Research on Continuities and Discontinuities* (pp. 18-40). New York, NY, US: Springer Publishing Co. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-98340-002>
- Kahana, E., & Kahana, B. (2003). *Contextualizing successful aging: New directions in age-old search*. En J. R. Settersten (Ed.), *Invitation to the Life Course: A New Look at Old Age* (pp. 225-255). Amityville, NY: Baywood Publishing Company.
- Kahana, E., & Kahana, B. (2012). The past, present and future of interventions to promote successful aging. *The Gerontologist*, 52, 5-5.
- Kahana, E., Bhatta, T., Lovegreen, L. D., Kahana, B., & Midlarsky, E. (2013). Altruism, helping, and volunteering: Pathways to well-being in late life. *Journal of Aging and Health*, 25(1), 159-187. <https://doi.org/10.1177/0898264312469665>

- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful aging. *Ageing International*, 28(2), 155–180. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007%2Fs12126-003-1022-8>
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. E. (2014). Proactive Approaches to Successful Aging: One Clear Path through the Forest. *Gerontology*, 60(5), 466-474. <https://doi.org/10.1159/000360222>
- Kahana, E., Kahana, B., & Zhang, J. (2005). Motivational antecedents of preventive proactivity in late life: Linking future orientation and exercise. *Motivation and Emotion*, 29(4), 438-459. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9012-2>
- Kahana, E., Kahana, B., Kercher, K., King, C., Lovegreen, L., & Chirayath, H. (1999). *Evaluating a model of successful aging for urban African American and White elderly*. (Pp. 287-322) In Wykle, M. L., & Ford, A. B. (Eds.). (1999). *Serving minority elders in the 21st century*. USA: Springer Publishing Company.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: a longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.644519>
- Kahana, E., Lawrence, R. H., Kahana, B., Kercher, K., Wisniewski, A., Stoller, E., ... Stange, K. (2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old-old. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 382-394. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00003>
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). *Life-span Development and Behavior*. En P. B. Baltes & O. Brim (Eds.), *Life-span Development and Behavior* (pp. 253-286). New York: Academic Press.
- Kaplan, M., Sanchez, M., & Hoffman, J. (2017). *Intergenerational Pathways to a Sustainable Society* (pp. 29-64). New York, NY: Springer International Publishing.
- Katz, S., & Calasanti, T. (2015). Critical Perspectives on Successful Aging: Does it “appeal more than it illuminates”? *The Gerontologist*, 55(1), 26-33. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu027>

- Kelley-Moore, J. A., Schumacher, J. G., Kahana, E., & Kahana, B. (2006). When do older adults become “disabled”? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(2), 126-141. <https://doi.org/10.1177/002214650604700203>
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The Impact of Social Activities, Social Networks, Social Support and Social Relationships on the Cognitive Functioning of Healthy Older Adults: A Systematic Review. *Systematic Reviews*, 6(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Khagram, L., Martin, C. R., Davies, M. J., & Speight, J. (2013). Psychometric validation of the Self-Care Inventory-Revised (SCI-R) in UK adults with type 2 diabetes using data from the AT.LANTUS Follow-on study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-24>
- Khashab, A.S., Khashab, A.M., Mohammadi, M.R., Zarabipour, H., & Malekpour, V. (2015). Predicting dimensions of Psychological Well-Being based on Religious orientations and Spirituality: An Investigation into a Causal Model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(1), 50-55.
- Kirby, S. E., Coleman, P. G., & Daley, D. (2004). Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(3), P123-P129. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.3.P123>
- Kishton, J. M., & Widaman, K. F. (1994). Unidimensional versus Domain Representative Parceling of Questionnaire Items: An empirical example. *Educational and Psychological Measurement*, 54(3), 757-765.

- Kleineidam, L., Thoma, M. V., Maercker, A., Bickel, H., Mösch, E., Hajek, A., ... & Röhr, S. (2018). What Is Successful Aging? A Psychometric Validation Study of Different Construct Definitions. *The Gerontologist*.
<https://doi.org/10.1093/geront/gny083>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York, NY, USA: Guilford
- Knäuper, B., & Turner, P. A. (2003). Measuring health: Improving the validity of health assessments. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 12(1), 81-89.
<https://doi.org/10.1023/A:1023589907955>
- Koenig, H.G. (2006). Religion, spirituality and aging. *Aging and Mental Health*, 10(1): 1–3. doi: 10.1080/13607860500308132
- Kok, A. A. L., Aartsen, M. J., Deeg, D. J. H., & Huisman, M. (2017). Capturing the Diversity of Successful Aging: An Operational Definition Based on 16-Year Trajectories of Functioning. *The Gerontologist*, 57(2), 240-251.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnv127>
- Kraus, M. W., Adler, N., & Chen, T. W. D. (2013). Is the association of subjective SES and self-rated health confounded by negative mood? An experimental approach. *Health Psychology*, 32(2), 138-145. <https://doi.org/10.1037/a0027343>
- Krause, N., Pargament, K. I., Hill, P. C., & Ironson, G. (2016). Humility, stressful life events, and psychological well-being: Findings from the landmark spirituality and health survey. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 499-510.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1127991>
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15(3), 511-526. DOI 10.1037/0882-7974.15.3.511

- Laditka, S. B., Corwin, S. J., Laditka, J. N., Liu, R., Tseng, W., Wu, B., Beard, R. L., Sharkey, J. R., & Ivey, S. L. (2009). Attitudes about aging well among a diverse group of older Americans: implications for promoting cognitive health. *The Gerontologist*, 49(S1), S30–S39. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp084>
- Larson, D. B., Sawyers, J. P. and McCullough, M. E. (Eds) (1998). *Scientific Research on Spirituality and Health: A Report Based on the Scientific Progress in Spirituality Conferences*. New York. USA: John M. Templeton Foundation,
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer, 1984
- Lee, J. E., Kahana, B., & Kahana, E. (2016). Social support and cognitive functioning as resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging & Mental health*, 20(4), 370-379. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1013920>
- Lee, J. E., Kahana, E., Kahana, B., & Barnes, K. (2015). Positive Affect, Depressive Symptoms, and Arthritis Pain of Elderly People over Time. *Healthy aging research*, 4 (16). DOI: 10.12715/har.2015.4.16
- Lee, J., Kahana, E., & Kahana, B. (2015a). Profiles of successful aging among older adults. *The Gerontologist*, 55, 268-269.
- Lee, J., Kahana, E., & Kahana, B. (2015b). Does having goals help you deal with life stressors?. *The Gerontologist*, 55, 564-564.
- Lemieux, A. & Sanchez-Martinez, M. (2000) Gerontagogy Beyond Words: A Reality. *Educational Gerontology*, 26 (5), 475-498, DOI: 10.1080/03601270050111887
- León-Fernández, M., y Lépiz-Vega, O. (2015). La gestión integrada para un envejecimiento activo. *Anales en Gerontología*, 7(7), 69-83.
- Liebal, K., & Haun, D. B. M. (2018). Why Cross-cultural Psychology is Incomplete without Comparative and Developmental Perspectives. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49(5), 751-763. DOI: 10.1177/0022022117738085
- Little, T. D. (1997). Mean and covariance structures (MACS) analyses of cross-cultural data: Practical and theoretical issues. *Multivariate Behavioral Research*, 32, 53-76.

- Little, T. D., Rhemtulla, M., Gibson, K., & Schoemann, A. M. (2013). Why the items versus parcels controversy needn't be one. *Psychological Methods*, 18, 285-300. DOI: 10.1037/a0033266
- Litwin, H., & Stoeckel, K. J. (2014). Confidant network types and well-being among older europeans. *Gerontologist*, 54(5), 762-772. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt056>
- Löckenhoff, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional Selectivity Theory, Aging, and Health: The Increasingly Delicate Balance between Regulating Emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, 72(6), 1395-1424. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x>
- Lommi, M., Matarese, M., Alvaro, R., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2015). The experiences of self-care in community-dwelling older people: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1854-1867. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.012>
- López-Ulloa, B. F., Møller, V., & Sousa-Poza, A. (2013). How Does Subjective Well-Being Evolve with Age? A Literature Review. *Journal of Population Ageing*, 6(3), 227-246. <https://doi.org/10.1007/s12062-013-9085-0>
- Lubben, J. (1988). Assessing Social Networks Among Elderly Populations. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 11, 42-52.
- Lubben, J., & Girona, M. (2003). *Measuring social networks and assessing their benefits*. In C. Phillipson, G. Allan, & D. Morgan (Eds.), *Social networks and social exclusion: Sociological and policy perspectives* (pp. 20-34). Burlington, VT: Ashgate Publishing Company.
- Lubben, J., Girona, M., & Lee, A. (2002). Refinements to the Lubben Social Network Scale: The LSNS-R. *The Behavioral Measurements Letter*, 7(2), 2-11. Recuperado a partir de <http://bmdshapi.com/newsletters/7-2-winter-2002.pdf>
- Lucas, R. E., Diener, E. E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.616>

- Lucumí, D. I., Gomez, L. F., Brownson, R. C., & Parra, D. C. (2015). Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older adults in Bogota (Colombia). *Journal of Aging and Health*, 27(4), 730-750.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Mackowicz, J., & Wnek-Gozdek, J. (2016). "It's never too late to learn"—How does the Polish U3A change the quality of life for seniors?. *Educational Gerontology*, 42(3), 186-197. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2015.1085789>
- Machón, M., Larrañaga, I., Dorronsoro, M., Vrotsou, K., & Vergara, I. (2017). Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Functionally Independent Older People. *BMC geriatrics*, 17(1), 19.
- Manierre, M. (2018). Binary and Nonbinary Measures of Successful Aging: Do They Yield Comparable Conclusions? *Research on Aging*, 41(5), 467-494. Doi:10.1177/0164027518819208
- Marquine, M. J., Maldonado, Y., Zlatar, Z., Moore, R. C., Martin, A. S., Palmer, B. W., & Jeste, D. V. (2015). Differences in life satisfaction among older community-dwelling Hispanics and non-Hispanic Whites. *Aging & Mental Health*, 19(11), 978-988.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling*, 11, 320-341.
- Marsillas, S., De Donder, L., Kardol, T., van Regenmortel, S., Dury, S., Brosens, D., ... Varela, J. (2017). Does active ageing contribute to life satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing. *European Journal of Ageing*, 14(3), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0413-8>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *Gerontologist*, 55(1), 14-25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>

- Martinson, M., & Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58-69. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu037>
- Matsubayashi, K., Ishine, M., Wada, T., & Okumiya, K. (2006). Older Adults Views of “Successful Aging”: Comparison of Older Japanese and Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(1), 184-187. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00575_15.x
- McIntosh, C. N. (2001). Report on the construct validity of the temporal satisfaction with life scale. *Social Indicators Research*, 54(1), 37-56.
- McLaughlin, S. J., Jette, A. M., & Connell, C. M. (2012). An examination of healthy aging across a conceptual continuum: Prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 67(7), 783-789. <http://doi:10.1093/gerona/glr234>.
- Medina, L. D., Sadler, M., Yeh, M., Filoteo, V., Woods, S. P., & Gilbert, P. E. (2019). Individualism and Collectivism are Associated with Neurocognitive Fluency in Older Adults. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13(122), 1-9. DOI: 10.3389/fnhum.2019.00122
- Mejía, S. T., Ryan, L. H., Gonzalez, R., & Smith, J. (2017). Successful aging as the intersection of individual resources, age, environment, and experiences of well-being in daily activities. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 279-289. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw148>
- Mendoza-Nunez, V. M., Mendoza-Ruvalcaba, N. M., Orosa, T., Constanca, P., & Patricia, S. (2008). Lay Concept of Aging Well: Cross-Cultural Comparisons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 950-952. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01654.x>
- Merriam, S. B., & Kee, Y. (2014). Promoting community wellbeing: The case for lifelong learning for older adults. *Adult Education Quarterly*, 64(2), 128-144. DOI: 10.1177/0741713613513633

- Miller, L. & Kelley, B. S. (2005). *Relationships of Religiosity and Spirituality with Mental Health and Psychopathology*. In Paloutzian & Park (Eds) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. (460-478). US: The Guilford Press.
- Mitchell, R. (2005). Commentary: The decline of death - How do we measure and interpret changes in self-reported health across cultures and time? *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 306-308. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh361>
- Moberg, D.O. (2008) Spirituality and Aging: Research and Implications. *J Religion, Spirituality & Aging*, 20:1-2, 95-134. DOI: 10.1080/15528030801922038
- Montoro-Rodríguez, J., Pinazo-Hernandis, S. & Tortosa-Chuliá, M. Á. (2007). Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(3), 158-166.
- Moore, R. C., Eyler, L. T., Mausbach, B. T., Zlatar, Z. Z., Thompson, W. K., Peavy, G., ... Jeste, D. V. (2015). Complex Interplay between Health and Successful Aging: Role of Perceived Stress, Resilience, and Social Support. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(6), 622-632. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.08.004>
- Morcillo, V. (2017). *Desigualdades en la salud autopercebida de la población española. Revisión sistemática de la literatura*. Tesis Doctoral sin Publicar. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado a partir de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680091/morcillo_cebolla_victoria.pdf?sequence=1
- Morcillo, V., de Lorenzo-Cáceres, A., Domínguez, P., Rodríguez, R., & Torijano, M. J. (2014). Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 511-521. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.008>
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 242-250.

- Mosquera, I., Machón, M., Vergara, I., Larrañaga, I., & Martín, U. (2019). Desigualdades sociales en salud en población mayor: revisión de los indicadores empleados en España. *Gaceta Sanitaria*, 1688, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.002>
- Mount, S., Ferrucci, L., Wesselius, A., Zeegers, M. P. & Schols, A. M. (2019). Measuring Successful Aging: An Exploratory Factor Analysis of the InCHIANTI Study into different Health Domains. *Aging*, 11(10), 3023-3040. <https://doi.org/10.18632/aging.101957>
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 189-202. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.189>
- Muñoz, D. I., Gómez, O. L., & Ballesteros, L. C. (2014). Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 16, 246-259.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2011). Mplus User's Guide. Sixth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Naciones Unidas. (2014a). *La situación demográfica en el mundo 2014. Informe conciso*. Nueva York. En [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise Report on the World Population Situation 2014/es.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf)
- Naciones Unidas. (2014b). *Más de la mitad de la población vive en áreas urbanas y seguirá creciendo*. En <http://www.un.org/es/development/desa/news/population/world-urbanization-prospects-2014.html>
- Naciones Unidas. (2015). *World Population Ageing*. New York. En [http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/UN\(2015\)WorldPopulationAgeingReport.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/UN(2015)WorldPopulationAgeingReport.pdf)

- Narushima, M. (2008). More than nickels and dimes: The health benefits of a community-based lifelong learning programme for older adults. *International Journal of Lifelong Education*, 27(6), 673-692.
- Nascimento-Ordóñez, T., Lima-Silva, T. B., & Cachioni, M. (2011). Subjective and psychological well-being of students of a university of the third age: benefits of continuing education for psychological adjustment in the elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(3), 216-225.
- Nasser, F., & Wisenbaker, J. (2003). A Monte Carlo Study Investigating the Impact of Item Parceling on Measures of Fit in Confirmatory Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 63, 729-757. <https://doi.org/10.1177%2F0013164403258228>
- Navarro, E., Meléndez, J. C., & Tomás, J. M. (2007). *Influencia de la edad en el bienestar de los mayores*. En 49 Congreso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 6-9 de junio. Palma de Mallorca.
- Neugarten, B. (1972). Personality and the Aging Process. *The Gerontologist*, 12(1), 9-15. https://doi.org/10.1093/geront/12.1_Part_1.9
- Ng, S., Cheung, C., Chong, A. L., Woo, J., Kwan, A. H., & Lai, S. (2011). Aging well socially through engagement with life: Adapting Rowe and Kahn's model of successful aging to Chinese cultural context. *International Journal of Aging & Human Development*, 73, 313-330. doi:10.2190/ag.73.4.c
- Nielsen M. & Haun D. (2016) Why Developmental Psychology is Incomplete without Comparative and Cross-cultural Perspectives. *Phil. Trans. R. Soc., B* (371): 1-7. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2015.0071>
- Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H., & Sugisawa, H. (2004). Mental Health among Older Adults in Japan: do Sources of Social Support and Negative Interaction Make a Difference?. *Social Science & Medicine*, 59(11), 2259-2270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.024>
- Oliver, A., Tomás, J. M. & Montoro-Rodríguez, J. (2017). Dispositional hope and life satisfaction among older adults attending lifelong learning programs. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 72, 80-85.

- OMS (1974). *Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos No548. Planificación y Organización de los servicios geriátricos*. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra. Recuperado a partir de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38783/WHO_TRS_548_spa.pdf?sequence=1
- OMS (1978). *Atención Primaria en Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra. Recuperado a partir de <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
- OMS (2002) Envejecimiento Activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74-105
- OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra. En http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos*. Suplemento de la 45a edición, 2006. New York. Recuperado a partir de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Oswald, F., Wahl, H. W., Martin, M., & Mollenkopf, H. (2003). Toward measuring proactivity in person-environment transactions in late adulthood: The housing-related control beliefs questionnaire. *Journal of Housing for the Elderly*, 17(1-2), 135-152. https://doi.org/10.1300/J081v17n01_10
- Otero, Á., Zunzunegui, M.V., Béland, F., Rodríguez-Laso, Á., & García de Yébenes, M. J. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Documentos de Trabajo 9*. Bilbao: Fundación BBVA. Recuperado a partir de https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/dt9_2006_2.pdf
- Ouwehand, C., de Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2007). A Review of Successful Aging Models: Proposing Proactive Coping as an Important Additional Strategy. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 873-884. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.003>

- Oyserman, D., Coon, H. M., & Kemmelmeier, M. (2002). Rethinking individualism and collectivism: Evaluation of Theoretical Assumptions and Meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 128(1), 3. DOI: 10.1037//0033-2909.128.1.78
- Pace, J. E., & Grenier, A. (2016). Expanding the circle of knowledge: Reconceptualizing Successful Aging among North American Older Indigenous Peoples. *Journals of Gerontology Series B*, 72(2), 248-258. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw128>
- Park, C.L. (2007). *Religious and spiritual issues in health and aging*. In C. M. Aldwin, C. L. Park & A. Spiro III (Eds.), *Handbook of Health Psychology and Aging* (pp. 313-337). New York: The Guildford Press.
- Parker, M. W., Bellis, J. M., Bishop, P., Harper, M., Allman, R. M., Moore, C., & Thompson, P. (2002). A multidisciplinary model of health promotion incorporating spirituality into a successful aging intervention with African American and white elderly groups. *The Gerontologist*, 42(3), 406-415. <https://doi.org/10.1093/geront/42.3.406>
- Parra-Rizo, M. A. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años*. Universidad Miguel Hernández de Elche. Recuperado a partir de http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD_Parra_Rizo%2C_Maria_Antonia.pdf
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction with Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Pavot, W., Diener, E. D., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the Cross-method Convergence of Well-being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.

- Pavot, W., Diener, E., & Suh, E. M. (1998). The Temporal Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 340-354. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002_11
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd Ed). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Pethtel, O., & Chen, Y. (2010). Cross-cultural aging in cognitive and affective components of subjective well-being. *Psychology and Aging*, 25(3), 725-729. <https://doi.org/10.1037/a0018511>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos-López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Phelan, E. A., & Larson, E. B. (2002). “Successful Aging”—where next? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1532-5415.2002.50324.x>
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). Older adults' views of “successful aging”—how do they compare with researchers' definitions?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 211-216. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52056.x>
- Piedmont, R. L. (2007). Cross-cultural generalizability of the Spiritual Transcendence Scale to the Philippines: Spirituality as a human universal. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(2), 89-107. <https://doi.org/10.1080/13694670500275494>
- Piedmont, R.L., Ciarrochi, J.W., Dy-Liacco, G.S., & Williams, J.E.G. (2009). The empirical and conceptual value of the spiritual transcendence and religious involvement scales for personality research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 162–179.
- Pinazo Hernandis, S., Montoro Rodríguez, M., Bendicho-Montés, J., Jiménez-Martí, N., y Torregrosa-Ruiz, M. (2018) Políticas públicas y Programas de Aprendizaje a lo largo de la vida en Valencia. *Anales de la Real Academia de la Cultura Valenciana*, 94, 33-62

- Pinazo-Hernandis, S. (2005). *El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores*. En S. Pinazo-Hernandis & M. Sanchez-Martínez (Eds.), *Gerontología, actualización, innovación y propuestas* (pp. 219-256). Madrid: Pearson Educación.
- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2(4), 375-405. <https://doi.org/10.1023/A:1013938001116>
- Pinquart, M. (2002). Creating and Maintaining Purpose in Life in Old Age: A meta-analysis. *Ageing International*, 27(2), 90-114.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of Socioeconomic Status, Social Networks, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Ploubidis, G. B., Dale, C., & Grundy, E. (2012). Later life health in Europe: How important are country level influences? *European Journal of Ageing*, 9(1), 5-13. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0215-3>
- Pressey, S. L., & Simcoe, E. (1950). Case Study Comparisons of Successful and Problem Old People. *Journal of Gerontology*, 5(2), 168-175. <https://doi.org/10.1093/geronj/5.2.168>
- Proyer, R. T., Gander, F., Wyss, T., & Ruch, W. (2011). The relation of character strengths to past, present, and future life satisfaction among German-speaking women. *Psychology: Health and Well-Being*, 3, 370-384. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2011.01060.x
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *Journals of Gerontology: Series B*, 65(6), 671-679. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq051>
- Pruchno, R., & Carr, D. (2017). Successful aging 2.0: Resilience and beyond. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(2), 201-203. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw214>

- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K., & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica* (1)5:1-21.
- Reichard, S., Frenkel-Brunswik, E., Livson, P., & Petersen, P. (1962). *Aging and personality; a Study of 87 Older Men*. New York: Wiley.
- Reichstadt, J., Depp, C. A., Palinkas, L. A., Folsom, D. P., & Jeste, D. V. (2007). Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3), 194–201. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318030255f>
- Reise, S. P., Moore, T. M., & Haviland, M. G. (2010). Bifactor models and rotations: Exploring the extent to which multidimensional data yield univocal scale scores. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 544-559.
- Reise, S. P., Morizot, J., & Hays, R. D. (2007). The role of the bifactor model in resolving dimensionality issues in health outcomes measures. *Quality of Life Research*, 16(1), 19-31.
- Rivas-Diez, R. (2013). Apoyo Social Funcional en mujeres de la población general y en mujeres maltratadas chilenas. Propiedades psicométricas del Duke-UNC-11. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(36) 9-27.
- Rodríguez-Leis, P. y Flores-Galleros, R. (2018) Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés*, 2(3), 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>
- Rogoff, B. (2003). *The Cultural Mature of Human Development*. UK: Oxford university press.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging: The MacArthur foundation study*. New York, NY: Pantheon Books.

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593-596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>.
- Rowe, J. W., & Khan, R.L. (1987). Human Aging: Usual and Successful. *Science*, 237(4811), 143-149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rubio, L., Dumitrache, C. G., García, A. J., & Córdón-Pozo, E. (2018). Coping Strategies in Spanish Older Adults: A MIMIC Model of Socio-demographic Characteristics and Activity Level. *Aging & Mental Health*, 22(2), 226-232. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247416>
- Ruggles, S., & Heggeness, M. (2008). Intergenerational coresidence in developing countries. *Population and development review*, 34(2), 253-281. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2008.00219.x>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55. <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C.D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727
- Ryff, C.D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119.
- Ryff, C.D., & Singer, B.H. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.

- Sachs, G. (2013). *25 Ways to see the World Change in 2013. Emerging trends, transformative impacts and how we are helping our clients around the world drive and leverage them*. New York, NY: The Goldman Sachs Group, Inc.
- Sailer, U., Rosenberg, P., Nima, A. A., Gamble, A., Gärling, T., Archer, T., & Danilo, G. (2014). A happier and less sinister past, a more hedonistic and less fatalistic present and a more structured future: *Time Perspective and Well-being*, 2, e303. doi: 10.7717/peerj.303.
- Sánchez, M., González, C., Robles, R., & Andrade, P. (2012). Development and Psychometric Evaluation of a Spirituality Index for Elders in Mexico. *Psicología Iberoamericana*, 20, 41-48.
- Sánchez-Estrada, M., González-Forteza, C., Robles-García, R., y Yrade-Palos, P. (2012). Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*, 20(2).
- Sánchez-Sánchez, F. J. (2017). *Variables predictoras de la satisfacción con la vida en personas mayores que participan en programas formales de aprendizaje*. Tesis Doctoral sin Publicar, Universidad de Valencia. Recuperado a partir de <http://roderic.uv.es/handle/10550/59482>
- Sancho, P., Galiana, L., Gutiérrez, M., Francisco, E. H., & Tomás, J. M. (2014). Validating the Portuguese version of the satisfaction with life scale in an elderly sample. *Social Indicators Research*, 115(1), 457-466. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-9994-y>
- Satorres, E. (2013). *Bienestar Psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la Satisfacción Vital*. Tesis Doctoral sin Publicar. Universidad De Valencia. Recuperado a partir de [http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento y bienestar.pdf?sequence=1](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento_y_bienestar.pdf?sequence=1)
- Smith-Morris, C., Morales-Campos, D., Alvarez, E. A. C., & Turner, M. (2012). An Anthropology of Familismo. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 35(1), 35–60. doi:10.1177/0739986312459508

- Söderhamn, U., Bachrach-Lindström, M., & Ek, A. C. (2008). Self-care ability and sense of coherence in older nutritional at-risk patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(1), 96-103. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602691>
- Söderhamn, U., Dale, B., & Söderhamn, O. (2013). The meaning of actualization of self-care resources among a group of older home-dwelling people-hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20592>
- Solé-Auró, A., & Crimmins, E. M. (2014). Who cares? A Comparison of Informal and Formal care Provision in Spain, England and the USA. *Ageing & Society*, 34(3), 495-517. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001134>
- Sonati, J. G., Modeneze, D. M., Vilarta, R., Maciel, É. S., Boccaletto, E. M., & Da Silva, C. C. (2011). Body Composition and Quality of Life of the Elderly offered by the “University Third Age” in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), e31-e35. DOI:10.1016/j.archger.2010.04.010
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff’s scales of psychological well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, 35(4), 1080-1102. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2005.07.004>
- Steiger, J. H., & Lind, J. C. (1980). Statistically based tests for the number of common factors, paper presented at the annual meeting of the Psychometric Society. Iowa City, IA.
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Stewart, J. M., Auais, M., Bélanger, E., & Phillips, S. P. (2019). Comparison of Self-rated and Objective Successful Ageing in an International Cohort. *Ageing & Society*, 39(7), 1317-1334. DOI: 10.1017/S0144686X17001489

- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985-9990. <https://doi.org/10.1073/pnas.1003744107>
- Sundsli, K., Espnes, G. A., & Söderhamn, O. (2013). Lived experiences of self-care among older physically active urban-living individuals. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 123-130. <https://doi.org/10.2147/CIA.S39689>
- Sundsli, K., Söderhamn, U., Espnes, G. A., & Söderhamn, O. (2012). Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 85-95. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S29388>
- Sundsli, K., Söderhamn, U., Espnes, G. A., & Söderhamn, O. (2014). Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: A randomized controlled study. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 95-103. <https://doi.org/10.2147/CIA.S55925>
- Tanaka, J. S. (1993). *Multifaceted conceptions of fit in Structural Equation Models*. In Bollen, Scott (Eds) *Testing Structural Equation Models*. (10-39) US: Sage Focus Editions.
- Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. <http://www.redalyc.org/html/3051/305123726010/>
- Tesch-Römer, C., & Wahl, H. W. (2017). Toward a more Comprehensive Concept of Successful Aging: Disability and Care Needs. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(2), 310-318. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw162>
- Theurer, K., & Wister, A. (2010). Altruistic behaviour and social capital as predictors of well-being among older Canadians. *Ageing & Society*, 30(1), 157-181. (a1) <https://doi.org/10.1017/S0144686X09008848>
- Tohit, N., Browning, C. J. & Radermacher, H. (2012). 'We want a peaceful life here and hereafter': Healthy ageing perspectives of older Malays in Malaysia. *Ageing and Society*, 32, 405-424.

- Tomás, J. M., Galiana, L., & Fernández, I. (2018). The SF-8 Spanish Version for Health-Related Quality of Life Assessment: Psychometric Study with IRT and CFA Models. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, E1. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.4>
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., & Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20(2), 304-310. <http://www.redalyc.org/html/727/72720221/>
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Oliver, A., Navarro, E., & Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de Ryff: Un estudio en población de personas mayores. *Psicológica*, 31(2), 383-400. <http://www.redalyc.org/html/169/16917017010/>
- Tomás, J. M., Sancho, P., Galiana, L., & Oliver, A. (2016). A Double Test on the Importance of Spirituality, the "Forgotten Factor", in Successful Aging. *Social Indicators Research*, 127(3), 1377-1389. DOI 10.1007/s11205-015-1014-6
- Torres, S. (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. *Ageing & Society*, 19(1), 33-51
- Torres, S. (2001). Understandings of successful ageing in the context of migration: the case of Iranian immigrants in Sweden. *Ageing & Society*, 21(3), 333-355. <https://doi.org/10.1017/S0144686X01008261>
- Torres, S. (2002). Relational values and ideas regarding "successful aging". *Journal of Comparative Family Studies*, 33(3), 417-431.
- Torres, S. (2003). A preliminary empirical test of a culturally-relevant theoretical framework for the study of successful aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 18(1), 79-100. <https://doi.org/10.1023/A:1024830629385>
- Torres, S. (2009). Vignette methodology and culture-relevance: lessons learned through a project on successful aging with Iranian immigrants to Sweden. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 24(1), 93-114. DOI:10.1007/s10823-009-9095-9
- Triadó, C., Riera, M. A., Lusa, A. C., Resano, C. S., & Villar, F. (2005). La educación en la vejez: razones para participar en programas educativos y beneficios que se obtienen. *Revista de ciencias de la educación* (203), 453-464.

- Tucker, K. L., Ozer, D. J., Lyubomirsky, S., & Boehm, J. K. (2006). Testing for measurement invariance in the satisfaction with life scale: *A comparison of Russians and North Americans. Social Indicators Research*, 78(2), 341-360.
- Turner-Bowker, D. M., Bayliss, M. S., Ware, J. E., & Kosinski, M. (2003). Health Survey for comparing the impact of migraine Usefulness of the SF-8Tm and other conditions. *Quality of Life Research*, 12(8), 1003-1012. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1026179517081>
- United Nations. (2017a). *World Population Ageing* [highlights]ST/ESA/SER.A/397. New York. In http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf
- United Nations. (2017b). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables* ESA/P/WP/248. New York. In https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf
- Valdivieso-Mora, E., Peet, C.L., Garnier-Villareal, M., Salazar-Villanea, M. & Jhonson, D.K., (2016) A systematic review of the relationship between familism and mental health outcomes in Latino population." *Frontiers in psychology*, 7 (1632), 1-13. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01632.
- Valle-Aparicio, J. E. (2014). Educación permanente: los programas universitarios para mayores en España como respuesta a una nueva realidad social. *Revista de la Educación Superior*, 43(171), 117-138. <https://doi.org/10.1016/j.resu.2015.03.003>
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473-479. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9174-7>

- Vanhoutte, B., & Nazroo, J. (2014). Cognitive, affective and eudemonic well-being in later life: Measurement equivalence over gender and life stage. *Sociological Research Online*, 19(2), 1-19. <https://doi.org/10.5153/sro.3241>
- Vargas-Cullell, J. (2011). La calidad de la democracia y el estudio comparado de la democratización. *Revista Latinoamericana de Política Comparada*, 5, 67-94. En <http://www.flacsoyes.edu.ec>
- Véliz, A. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*, 11(2), 143-163. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-69242012000200008&script=sci_abstract&tlng=en
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: the contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32(7), 1087-1105. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000973>
- Villar, F. (2019) *From University Extensions Classrooms to Universities of Experience: The University of the Third Age in Spain*. (119-130). In Formosa, M. (Ed.) *The University of the Third Age and Active Ageing: European and Asian-Pacific Perspectives*. eBook. Switzerland: Springer.
- Villar, F., Pinazo-Hernandis, S., Triadó, C., Celdrán, M., & Solé, C. (2011). How students evaluate university programmes for older people: A comparison between two models in Spain. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.014>
- Wang, J. & Wang, X. (2012). *Structural Equation Modeling: Applications using Mplus*. UK: John Wiley & Sons.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., & Gandek, B. (2001). *How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual For Users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln RI: QualityMetric, Inc.

- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston New England Medical Centre. Boston, Massachusset: New England Medical Center, The Health Institute. https://www.researchgate.net/publication/247503121_SF36_Health_Survey_Manual_and_Interpretation_Guide
- White, A., South, J., Bagnall, A.-M., Forshaw, M., Spoor, C., Marchant, P., & Witty, K. (2012). The self-care for people initiative: the outcome evaluation. *Primary Health Care Research & Development*, 13(4), 382-94. <https://doi.org/10.1017/S146342361200014X>
- Whitley, E., Popham, F. & Benzeval M., (2016) Comparison of the Rowe–Kahn Model of Successful Aging With Self-rated Health and Life Satisfaction: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *The Gerontologist*, 56 (6:1): 1082–1092. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv054>
- Wiese, B. S., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). Selection, optimization, and Compensation: An Action-related Approach to Work and Partnership. *Journal of Vocational Behavior*, 57(3), 273-300. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2000.1752>
- Wink, P., Dillon, M., & Prettyman, A. (2007). Religiousness, spiritual seeking, and authoritarianism: Findings from a longitudinal study. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(3), 321-335. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2007.00361.x>
- Wister, A. V., Malloy-Weir, L. J., Rootman, I., & Desjardins, R. (2010). Lifelong educational practices and resources in enabling health literacy among older adults. *Journal of Aging and Health*, 22(6), 827-854. <https://doi.org/10.1177/0898264310373502>
- Yang, C., Nay, S., & Hoyle, R. H. (2010). Three Approaches to Using Lengthy Ordinal Scales in Structural Equation Models: Parceling, Latent Scoring, and Shortening Scales. *Applied Psychological Measurement*, 34(2), 122-142.
- Ye, S. (2007). Validation of the Temporal Satisfaction with Life Scale in a sample of Chinese university students. *Social Indicators Research*, 80, 617-628. DOI: 10.1007/s11205-006-0010-2

- Yoon, E., Chang, C. C. T., Clawson, A., Knoll, M., Aydin, F., Barsigian, L., & Hughes, K. (2015). Religiousness, spirituality, and eudaimonic and hedonic well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 28(2), 132-149. <https://doi.org/10.1080/09515070.2014.968528>
- Young, Y., Frick, K. D., & Phelan, E. A. (2009). Can Successful Aging and Chronic Illness Coexist in the Same Individual? A Multidimensional Concept of Successful Aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>
- Zacarés, J. J., & Serra, E. (1996). Creencias sobre La Madurez Psicológica y Desarrollo Adulto. *Anales de Psicología*, 12(1), 41-60. <http://www.redalyc.org/html/167/16712104/>
- Zielińska-Więczkowska, H., Ciemnoczołowski, W., Kędziora-Kornatowska, K., & Muszalik, M. (2012). The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 238-241.
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). *Religiousness and spirituality*. In Paloutzian & Park (Eds) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. (21-42). US: The Guilford Press.
- Zubieta, E., Muratori, M., & Fernandez, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 3(1), 66-76
- Zunzunegui, M.V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(2), S93-S100. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.S93>

ANEXO



BIENESTAR EN PERSONAS ADULTAS

Solicitamos su participación. Su participación es voluntaria, y todos los datos que nos aporte se mantendrán en la más absoluta confidencialidad, y solo serán utilizados para fines de investigación científica. Su participación tiene bajo riesgo para su integridad física o emocional. Su participación implica llenar información sobre cómo piensa y es, además de la realización de algunas tareas sobre su desempeño cognitivo. Necesitamos que recuerde y escriba una clave como una fecha significativa para usted, o una nueva en caso de ser la primera vez que participa. Por ejemplo 03-08-1967.

Esta clave es necesaria para mantener su confidencialidad en la investigación.

Día	Mes	Año

Edad: _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado(a)/divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Situación laboral actual: _____ Ocupación laboral previa: _____					
Nivel de estudios:	() Ninguno () Secundaria completa () Universidad completa () Primaria completa () Secundaria incompleta () Universidad incompleta () Primaria Incompleta				
Donde Vive:	<input type="checkbox"/> En su casa <input type="checkbox"/> En casa de un hijo/a <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Número de personas en su familia:	Hijos/as _____ Nietos/as _____ Padres vivos _____ Otros Especificar _____				
Marque la frecuencia de contacto con:	Nunca	Algunas veces por año	Varias veces por mes	Varias veces por semana	A diario
1. Sus hijos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sus nietos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sus padres vivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante el último mes	Ninguno	Muy Pocos	Varios	Bastantes	Muchos
¿Cuántos problemas de salud física han limitado su actividad física habitual (caminar, subir escaleras,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas dificultades ha tenido durante su rutina diaria en casa o fuera de casa, debido a su salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántos dolores físicos ha tenido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánta energía ha tenido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante el último mes	Nada	Casi nada	Algo	Bastante	Mucho
¿Cuánto limitaron su salud física o problemas emocionales sus actividades sociales habituales con familia y amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto le han molestado los problemas emocionales (sentirse ansioso, deprimido, irritable)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto le impidieron sus problemas personales o emocionales realizar su trabajo, clases u otras actividades diarias habituales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marque su opción	<i>Mucho menos de lo que me gustaría</i>	<i>Menos de lo que me gustaría</i>	<i>Un poco menos de lo que me gustaría</i>	<i>Algo como me gustaría</i>	<i>Tanto como me gustaría</i>
Recibo visitas de mis amigos y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo amor y afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque su opción	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Si tuviese que vivir mi pasado otra vez, no cambiaría nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho con mi vida en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi vida en el pasado fue ideal para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las condiciones de mi vida en pasado fueron excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve las cosas importantes que quise en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No cambiaría nada de mi vida actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho con mi vida actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi vida actual es ideal para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las condiciones actuales de mi vida son excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo las cosas importantes que quiero ahora mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No habrá nada que quiera cambiar sobre mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estaré satisfecho con mi vida en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espero que mi vida futura sea ideal para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las condiciones de mi vida futura serán excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendré las cosas importantes que quiera en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?

☐ Muy mala ☐ Mala ☐ Regular ☐ Buena ☐ Muy buena

Actualmente, ¿hasta qué punto se encuentra satisfecho/a con toda su vida, considerada globalmente?

☐ Nada ☐ Casi nada ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Mucho

Marque su opción. “Sobre mi bienestar”...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
En general, me influyen las personas con opiniones firmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confío en mis opiniones incluso si son opuestas al consenso general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me juzgo a mí mismo por lo que creo que es importante, no por los valores que otros creen que son importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, siento que controlo las situaciones en las que vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con frecuencia, me abruma las exigencias de la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy bastante bueno/a gestionando las muchas responsabilidades de mi vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que es importante tener experiencias nuevas que cuestionen lo que uno piensa de sí mismo y del mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace ya tiempo que renuncié a intentar grandes mejoras o cambios en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me es difícil y frustrante mantener relaciones estrechas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras personas me describirían como una persona generosa dispuesta a compartir mi tiempo con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No he experimentado muchas relaciones cálidas y confiadas con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivo la vida día a día y no pienso de verdad en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunas personas vagan por la vida sin ningún objetivo; yo no me considero así	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces siento como si en mi vida ya hubiera hecho todo lo que tenía que hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando repaso el relato de mi vida, me satisface la forma en que las cosas me han pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gusta la mayoría de los aspectos de mi personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En muchos sentidos, me siento decepcionado de los logros de mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque su opción	Ninguno	1	2	3-4	5 a 8	9 o más
¿Con cuántos FAMILIARES se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con cuántos FAMILIARES se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A cuántos FAMILIARES siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con cuántos AMIGOS se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con cuántos AMIGOS se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A cuántos AMIGOS siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque su opción según frecuencia	Menos que mensual	Mensual	Varias al mes	Semanal	Varias por semana	Diaria
¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del FAMILIAR más cercano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del AMIGO más cercano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque su opción según frecuencia	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Cuando uno de sus FAMILIARES tiene que tomar una decisión importante ¿con qué frecuencia se lo comenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia uno de sus FAMILIARES está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando uno de sus AMIGOS tiene que tomar una decisión importante ¿con qué frecuencia se lo comenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia uno de sus AMIGOS está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque su opción	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Practico ejercicio con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo seguir una dieta equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero que mis relaciones personales fuera del PAIPAM son satisfactorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero que mis relaciones familiares son satisfactorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Practico actividades que me ayudan a relajarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi autocuidado incluye implicarme activamente en una práctica espiritual, meditación, oración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy constante, tengo continuidad en mi práctica espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me siento sobrecargado/a emocionalmente intento buscar un tiempo para mi propio cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me veo sobrepasado/a por una situación siento que me puedo apoyar en mis compañeros para superar esta experiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mi espiritualidad...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Mi espiritualidad me ayuda a definir mis metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi espiritualidad es importante porque responde a mis dudas sobre el significado de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi espiritualidad me ayuda a entender el significado de las situaciones que vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me considero una persona espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar huella en esta vida es una guía para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que hay un “ser superior” que guía mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, asegúrese de que no ha dejado sin contestar ninguna pregunta. GRACIAS.